

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(miejsowość i data)

.....
(adres Wnioskodawcy)

.....
(nr telefonu)

.....
(adres e-mail)

**Dyrektor
Kujawsko-Pomorskiego Centrum
Pulmonologii w Bydgoszcz**

WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA PRAKTYKĘ

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej/wakacyjnej/ absolwenckiej w Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy, w:

.....
(nazwa komórki organizacyjnej)

W okresie oddo

w ilości..... godzin dydaktycznych

Jestem studentem / słuchaczem / uczniem / absolwentem.....

.....
(nazwa uczelni)

Kierunek:....., rok.....

Oświadczam, że podane przeze mnie dane osobowe są zgodne ze stanem faktycznym

.....
(podpis Wnioskodawcy)

Opiekun praktyki:.....

(imię i nazwisko Opiekuna praktyki)

WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY:

.....
(zgoda bezpośredniego przełożonego lub opiekuna w komórce org.)

.....
(Dyrektor Szpitala)

„Zgodnie z Ogólnym Rozporządzeniem o Ochronie Danych (RODO) informuję, iż:

- **Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy, przy ul. Seminaryjnej 1, nr telefonu: 52 3256709, zwany dalej administratorem; administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych;**
- **Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy: e-mail: iodo@kpcp.pl;**
- **Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu organizacji i realizacji praktyki zawodowej / wakacyjnej / absolwenckiej – na podstawie: Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym / Rozporządzenia MEN w sprawie praktycznej nauki zawodu / Ustawy o praktykach absolwenckich;**
- **posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, wniesienia sprzeciwu co do sposobu przetwarzania, ich poprawiania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych**

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji ww. celu.”

Bydgoszcz, dn.....

.....
(podpis Wnioskodawcy)