



Wniosek osoby zatrudnionej w innym podmiocie o wyrażenie zgody na odbywanie stażu kierunkowego realizowanego w trakcie specjalizacji w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

.....
(nazwisko i imię)

.....
(NPWZ)

.....
(miejsce zatrudnienia)

.....
(telefon)

**Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1
im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego w Katowicach**

W zawiązku z realizowaną specjalizacją w dziedzinie zwracam się
z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu kierunkowego

w zakresie:

W
(nazwa komórki organizacyjnej SPSK Nr 1 im. Prof. S. Szyszko SUM)

w okresie
(termin odbywania stażu)

.....
(podpis i pieczęć lekarza ubiegającego się o staż)

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w celu organizacji częściowego stażu kierunkowego. Zostałem/am poinformowana, iż prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....
(podpis i pieczęć lekarza ubiegającego się o staż)

Część B

Akceptuję, na kierownika stażu kierunkowego wyznaczam:

.....
(imię i nazwisko wyznaczonego kierownika stażu)

.....
(data, podpis i pieczęć osoby kierującej komórką organizacyjną Szpitala prowadzącą staż)

WYRAŻAM ZGODĘ

.....
(data, podpis i pieczęć Dyrektora)