

Łódź, dnia

imię i nazwisko:

email:.....

nr telefonu:.....

Jednostka prowadząca specjalizację.....

.....

Do Dyrekcji

Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego

nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Podanie o przyjęcie na staż do specjalizacji

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu/stażu kierunkowego w Oddziale/Klinice

Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w **terminie od***..... do

(*termin rozpoczęcia stażu nie może być wcześniejszy niż 10 dni od wpływu podania do Kancelarii USK nr 2)

Staż kierunkowy prowadzony będzie w zakresie
w ramach odbywanej specjalizacji w dziedzinie

.....
podpis stażysty

Zgoda właściwego Kierownika

.....

.....
Zgoda Dyrektora Szpitala lub osoby upoważnionej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu ubiegania się o staż zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).