

.....  
 (imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....  
 (miejscowość i data)

.....  
 (adres Wnioskodawcy)

.....  
 (nr telefonu)

.....  
 (adres e-mail)

.....  
 (nr indeksu / legitymacji)

**Dyrektor  
 Szpitala Uniwersyteckiego nr 2  
 Im. dr Jana Bizuela w Bydgoszczy**

PESEL\*:  
 (\* tylko dla osób ubiegających się o umowę indywidualną / absolwencką)

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

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr J. Bizuela, z siedzibą w Bydgoszczy, przy ul. Ujejskiego 75, nr telefonu: 52 3655799, zwany dalej administratorem; administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych;
- 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.”

Pełna treść klauzuli informacyjnej znajduje się na stronie Szpitala: [WWW.biziel.umk.pl](http://WWW.biziel.umk.pl) oraz na tablicy informacyjnej Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi (niski parter w budynku głównym Szpitala).

### PODANIE O PRZYJĘCIE NA PRAKTYKĘ

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej / wakacyjnej / absolwenckiej w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr Jana Bizuela w Bydgoszczy, w:

.....  
 (nazwa komórki organizacyjnej Szpitala)

W okresie od ..... do .....; w ilości..... godzin dydaktycznych

Jestem studentem/ słuchaczem/ uczniem/ absolwentem.....  
 (nazwa szkoły / uczelni)

Kierunek:....., rok / klasa.....

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

.....  
 (podpis Wnioskodawcy)

### WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY:

.....  
 (Opiekun praktyki / bezpośredni przełożony opiekuna w komórce org.)

.....  
 (Dyrektor / Dyrektor Pionu)