

Warszawa, dnia

Dot. **STAŻU PODYPLOMOWEGO**

Numer podania
(wypełnia WKPL)

Imię i nazwisko lekarza stażysty:

.....

tel.:

e-mail:

Miejsce urodzenia:

Obywatelstwo:

Zastępca Dyrektora ds. Naukowych
Wojskowego Instytutu Medycznego -PIB
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa

ZGODA / BRAK ZGODY

Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

PODANIE

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie **stażu częściowego** z:
(nazwa dziedziny medycyny)

w ramach części personalizowanej **STAŻU PODYPLOMOWEGO**

Klinika / Oddział/ Zakład:

Proponowany termin:tj.....(ilość tygodni)

Nr karty stażu podyplomowego:

Jednostka prowadząca staż podyplomowy:

e-mail koordynatora stażu podyplomowego:.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Wydział Kształcenia Podyplomowego Lekarzy Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego zawartych w podaniu 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1)

.....
(podpis i pieczęć zainteresowanego)

.....
(podpis i pieczęć koordynatora stażu podyplomowego)

Opinia Kierownika Kliniki/Oddziału/Zakładu, w której realizowany będzie staż częściowy w ramach części personalizowanej **STAŻU PODYPLOMOWEGO**: **POPIERAM / NIE POPIERAM***

Na Opiekuna stażu częściowego wyznaczam:.....

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji
Opiekuna stażu częściowego

.....
(podpis i pieczęć Kierownika Kliniki/Oddziału/Zakładu jednostki przyjmującej)

.....
(podpis i pieczęć Opiekuna stażu częściowego jednostki przyjmującej)

Wypełnia Wydział Kształcenia Podyplomowego Lekarzy: **jednostka uprawniona/ nie uprawniona*** do prowadzenia stażu częściowego w ramach części personalizowanej stażu podyplomowego. Odbywanie stażu częściowego na mocy Porozumienia nr

.....
(podpis i pieczęć pracownika WKPL)

.....
(podpis i pieczęć Kierownika WKPL)

*- niepotrzebne skreślić

Druk wewnętrzny WKPL/CKP WIM-PIB_/01/23/SP

.....
(pieczęć jednostki kierującej)

Warszawa, dnia

SKIEROWANIE
DO ODBYWANIA STAŻU CZĄSTKOWEGO W RAMACH CZĘŚCI PERSONALIZOWANEJ
STAŻU PODYPLOMOWEGO

Na mocy Porozumienia nr z dniaroku
kieruję lekarza stażystę podyplomowego.....
(imię, nazwisko, nr PWZ)
.....
do odbycia stażu cząstkowego w dziedzinie
.....w ramach realizacji programu stażu
podyplomowego w części personalizowanej.

.....
(podpis i pieczęć koordynatora stażu podyplomowego)