|  |
| --- |
| **WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA PRAKTYKĘ ABSOLWENCKĄ (wypełnia kandydat)** |
| **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie – ukończona szkoła** |
|  |  |
| **Data urodzenia** | **Dane kontaktowe: e-mail, nr telefonu** |
|  |  |
| **Proponowany okres odbywania praktyki****(min. 1 miesiąc - max 3 miesiące)** | od dnia ………………………..…… do dnia ………………………………..  |
| **Wybrane komórki organizacyjne oraz Wydziały (maksymalnie można 2)**  |
| 1. |
| 2. |
|  **Uzasadnienie wyboru komórki organizacyjnej:** |
|  |
| Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a rozporządzenia 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), oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie, przez Ministra Zdrowia z siedzibą w Warszawie (00-952) przy ul. Miodowej 15, moich danych osobowych – zawartych w formularzu zgłoszenia na praktykę studencką oraz w załączonych dokumentach – do celów przeprowadzenia rekrutacji na praktykę studencką.Jednocześnie oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o prawie wycofania zgody na przetwarzanie moich danych osobowych w dowolnym momencie.  |
| **Data i podpis kandydata** |
| **Data:** | **Podpis:** |
| **Załączniki:**1. CV
2. kopia dokumentu potwierdzającego posiadane ubezpieczenie NNW (przypadku uzyskania informacji o pozytywnym rozpatrzeniu wniosku od pracownika MZ)
 |