

Olsztyn, dnia.....

.....  
.....  
.....  
(imię i nazwisko oraz nr telefonu)

Szanowna Pani  
Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala  
Specjalistycznego w Olsztynie

**WNIOSEK  
o zgodę na odbycie stażu podyplomowego**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie lekarskiego stażu podyplomowego w.....(nazwa oddziału) w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie w okresie: .....(termin odbywania stażu).

Oświadczam, że zobowiązuję się do:

- zachowania w tajemnicy danych osobowych, których administratorem jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie oraz niewykorzystywania danych osobowych w celach niezgodnych z celem powierzonych zadań,
- zachowania w tajemnicy sposobów zabezpieczenia danych osobowych,
- przestrzegania obowiązujących w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie zarządzeń, procedur i instrukcji dotyczących ochrony danych osobowych i standardów ochrony małoletnich.
- Oświadczenie obowiązuje w czasie trwania stażu, jak również po jego zakończeniu.

.....  
( podpis lekarza stażysty ubiegającego się o staż )

Stale miejsce zatrudnienia: .....

AKCEPTUJĘ:

Na opiekuna stażu wyznaczam:

AKCEPTUJĘ:

.....

(podpis Ordynatora Oddziału)

(podpis Dyrektora WSS w Olsztynie)

**Załączniki:**

- Porozumienie na staż personalizowany w ramach stażu podyplomowego
- Ksero aktualnego orzeczenia lekarskiego
- Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności - w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego (nie starsze jak 6 miesięcy)