

Olsztyn, dnia.....

Wniosek

**o zgodę na odbycie stażu kierunkowego (częstkowego) do specjalizacji
w oddziale Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie**

Szanowna Pani

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie lekarskiego stażu kierunkowego (częstkowego) do specjalizacji w zakresie.....

(nazwa specjalizacji)

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.

Oświadczenie obowiązuje w czasie trwania stażu, jak również po jego zakończeniu.

.....

(pieczętka i podpis lekarza ubiegającego się o staż oraz nr telefonu)

Stale miejsce zatrudnienia:

AKCEPTUJĘ:

Na opiekuna stażu wyznaczam:

AKCEPTUJĘ:

.....

.....

.....

(podpis Ordynatora Oddziału)

(podpis Dyrektora WSS w Olsztynie)