	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej **62-600 Koło, ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 25** **tel.: (63) 26-26-140 fax.: (63) 27-20-85;** **NIP: 666-18-89-172, REGON: 000308554**		**Data rejestracji** **21.06.2023** **Nr F-rza 52 / 2023**

Załącznik Nr 1 do Regulaminu odbywania praktyk studenckich i zawodowych SPZOZ.PP.R.1.1.2023

Data…….

WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA PRAKTYKĘ

Dane Praktykanta:

Imię i nazwisko:	
Nr telefonu	
Adres	
Jednostka szkoląca (pełna nazwa)	
Wydział , kierunek	
Rok studiów	

Do Dyrektora SPZOZ w Kole

Zwracam się z prośbą o umożliwienie mi odbycia praktyk zawodowych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Kole

nazwa komórki organizacyjnej / nazwa oddziału	
Zakres praktyk(np. praktyka pielęgniarska / opiekun medyczny, itp.)	

w terminie od.....do……..w wymiarze ..... godzin,
zgodnie z programem praktyk stanowiącym załącznik do niniejszego podania

Zgoda Pielęgniarki Przełożonej	**Zgoda Dyrektora**

Przyjmuje do wiadomości:
iż brak przedłożenia powyżej wymienionych dokumentów jest podstawą niedopuszczenia do realizacji praktyk i/lub wycofania zgody na ich realizację;
Administratorem moich danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kole przy ul. K.J. Poniatowskiego 25, 62-600 Koło. Inspektor Ochrony Danych dostępny jest pod telefonem nr 63 2626150 lub pod adresem email:iodo@spzozkolo.pl. Podane w niniejszym formularzu dane przetwarzane będą w celu przeprowadzenia rekrutacji do odbycie praktyki na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z 27 kwietnia 2016r. (RODO), tj. na podstawie mojej zgody wynikającej z faktu złożenia przedmiotowego podania. Przysługuje mi prawo: dostępu do swoich danych, w tym otrzymania kopii, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych oraz do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie. Dalsze informacje dot. przetwarzania danych osobowych podane są na stronie internetowej www.spzozkolo.pl.ogloszenia.
Informacje dodatkowe:
1. informacja dotycząca zasad realizacji praktyki studenckiej w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Kole dostępna jest na stronie ……..
2. Warunkiem zrealizowania praktyki studenckiej w SPZOZ w Kole jest:
a) zawarta umowa/porozumienie dotyczące praktyk zawodowych pomiędzy Jednostką szkolącą a podmiotem prowadzącym praktyki;
b) przedłożenie imiennego skierowania wystawionego przez Jednostkę szkolącą oraz podania
o przyjęcie na praktykę, najpóźniej w terminie 7 dni przed rozpoczęciem odbywania praktyki;
c) uzyskanie zgody na odbycie praktyki Dyrektora SPZOZ w Kole na podaniu o przyjęcie praktykę
d) uzyskanie zgody na odbycie praktyki Kierownika komórki organizacyjnej / Pielęgniarki Przełożonej na praktyki na podaniu o przyjęcie na praktykę
e) przedłożenie programu praktyk zgodnego z kierunkiem kształcenia
f) przedłożenie wyniku badań testu w kierunku zakażenia SARS-CoV-2
g) przedłożenie aktualnej książeczki z wpisem o szczepieniu p-ko/WZW typu B oraz książeczki / zaświadczenia / orzeczenia do celów sanitarno- epidemiologicznych, a także aktualnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwskazań do odbycia praktyki;
h) przedłożenie dokumentu potwierdzającego zawarcie ubezpieczenia OC, (warunek ten spełnia polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności zawarta przez studenta lub Szkołę Wyższą) oraz NNW,
i) odbycie szkolenia z zakresu BHP i p-poż, Ochrony Danych Osobowych, epidemiologicznego oraz instruktażu stanowiskowego,
k) posiadanie własnej odzieży i obuwia zamiennego,
l) noszenie w miejscu widocznym identyfikatora imiennego,
Przyjmuję do wiadomości, iż SPZOZ w Kole nie pokrywa osobie odbywającej praktykę kosztów związanych z: wynagrodzeniem, przejazdem, ubezpieczeniem, zapewnieniem ubrania i obuwia ochronnego.

Data	Czytelny podpis