

Ostróda, dnia .....

**Wniosek  
o zgodę na odbycie stażu kierunkowego (częstkowego) do specjalizacji  
w oddziale Szpitala w Ostródzie SA**

**Szanowny Panie Prezesie**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie lekarskiego stażu

kierunkowego (częstkowego) do specjalizacji w zakresie .....  
(nazwa specjalizacji)

W.....  
(nazwa oddziału)

**w Szpitalu w Ostródzie SA** w okresie

.....  
(termin odbywania stażu)

Oświadczam, że zobowiązuję się do:

- zachowania w tajemnicy danych osobowych, których administratorem jest Szpital w Ostródzie SA oraz niewykorzystywania danych osobowych w celach niezgodnych z celem powierzonych zadań,
- zachowania w tajemnicy sposobów zabezpieczenia danych osobowych,
- przestrzegania obowiązujących w Szpitalu w Ostródzie SA 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)

Stałe miejsce zatrudnienia

.....

AKCEPTUJĘ:

Na opiekuna stażu wyznaczam:

AKCEPTUJĘ:

.....  
(podpis Ordynatora Oddziału  
prowadzącego staż)

.....  
(podpis Prezesa)