

Warszawa, dnia

Numer podania
(wypełnia CKP)

Imię i nazwisko

Adres

Pesel

*tel.

*e-mail

Obywatelstwo

Miejsce urodzenia

**Zastępcą Dyrektora ds. Naukowych
Wojskowego Instytutu Medycznego
Państwowego Instytutu Badawczego
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa**

ZGODA / BRAK ZGODY
Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

PODANIE

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie **praktyki klinicznej** w Wojskowym Instytucie Medycznym - Państwowym Instytucie Badawczym w ramach dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego **lekarzy i lekarzy dentyków**.

Klinika/Oddział/Zakład :

Preferowany termin:

Wymiar czasu (liczba godzin praktyki klinicznej tygodniowo):

Dziedzina medycyny:

Uzasadnienie:

.....
(podpis i pieczęć zainteresowanego)

* Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Wojskowy Instytut Medyczny - Państwowy Instytut Badawczy z siedzibą przy ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa (Administrator):

- ☐ *mojego adresu e-mail/numeru telefonu w celu umożliwienia kontaktu w związku ze złożonym podaniem o wyrażenie zgody na odbycie praktyki klinicznej*
- ☐ *mojego wizerunku w postaci zdjęcia w celu wydania identyfikatora zapewniającego możliwość identyfikacji wizualnej w ramach struktury Administratora*
- ☐ *mojego wizerunku w celach informacyjnych i promocyjnych związanych z pozytywnym promowaniem wizerunku WIM-PIB. Zgoda obejmuje nieograniczone w czasie, nieograniczone co do terytorium oraz nieodpłatne, wielokrotne rozpowszechnianie mojego wizerunku na stronie internetowej administratora (<https://wim.mil.pl/>)*
Oświadczam, że mam wiedzę, że zgoda jest dobrowolna i może zostać wycofana w każdym czasie.

.....
(podpis i pieczęć zainteresowanego)

*dane nieobowiązkowe

Opinia Kierownika Komórki, w której realizowana będzie praktyka kliniczna: **POPIERAM / NIE POPIERAM***

Na Opiekuna praktyki klinicznej wyznaczam

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji
Opiekuna praktyki klinicznej

.....
(podpis i pieczęć Opiekuna praktyki klinicznej)

.....
(podpis i pieczęć Kierownika Komórki)

Wypełnia Wydział Kształcenia Podyplomowego Lekarzy

- ☐ scan dyplomu,
- ☐ scan Prawa Wykonywania Zawodu,
- ☐ scan aktualnego zaświadczenia lekarskiego od lekarza medycyny pracy,
- ☐ scan aktualnego orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- ☐ scan ubezpieczenie OC oraz NNW w przypadku praktyki klinicznej trwającej ponad 30 dni,
- ☐ klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych (Załącznik nr 2),
- ☐ zdjęcie do dokumentów przesłane drogą elektroniczną w formacie jpg,
- ☐ dowód wpłaty opłaty kwalifikacyjnej w wysokości **100 zł** uiszczonej na konto wskazane poniżej:
41 1130 1017 0020 0716 4222 2303

- z dopiskiem: Nazwisko Imię_ praktyka kliniczna_ termin praktyki klinicznej

Potwierdzam kompletność przedstawionej dokumentacji:

.....
(podpis i pieczęć pracownika WKPL)

.....
(podpis i pieczęć Kierownika WKPL)

*niepotrzebne skreślić