



Imię i Nazwisko Studenta/Praktykanta:

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do odbycia praktyki/szkolenia praktycznego.

.....
(data i podpis studenta/praktykanta)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem organizacji studenckich praktyk zawodowych, praktycznej nauki zawodu i szkolenia praktycznego w Zagłębiowskim Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej.

.....
(data i podpis studenta/praktykanta)

OŚWIADCZENIE*

Oświadczam, że pokryję koszty ewentualnego profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego w przypadku styczności z ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) w trakcie wykonywania czynności zgodnie z programem praktyk w ramach przeszkolenia w Zagłębiowskim Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej.

.....
(data i podpis studenta/praktykanta)

OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że na czas odbywania praktyki zobowiązuję się zapewnić we własnym zakresie środki ochrony indywidualnej stosownie do sytuacji epidemicznej na terenie kraju, województwa lub powiatu, w szczególności: rękawiczki jednorazowe, maseczkę, maseczkę typu FFP2, fartuch barierowy, fartuch flizelinowy, przyłbicę.

.....
(data i podpis studenta/praktykanta)

*w przypadku braku takiego pokrycia przez podmiot prowadzący kształcenie.

**w przypadku braku takiego zobowiązania przez podmiot prowadzący kształcenie.