

 VYSOČIŇSKÉ NEMOCNICE	Formulář - provoz	Fp – VN – 3
	Vysočinské nemocnice s.r.o., 5. května 319, 396 01 Humpolec, IČ:25257005	Stránka 1 z 1

ŽÁDOST O SCHVÁLENÍ ODBORNÉ PRAXE, STÁŽE

Požadované pracoviště:

Požadovaný termín:

Údaje o žadateli:

Příjmení, jméno, titul:

Datum narození:

Adresa bydliště:

Telefon:

E-mail:

Název školy:

Studijní obor:

Datum přijetí žádosti:

Podpis kontaktní osoby:

Ochrana osobních údajů studenta/praktikanta nebo stážisty je zajištěna v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údaj. Student/praktikant nebo stážista souhlasí se zpracováním svých osobních údajů uvedených v zaslané žádosti o schválení odborné praxe/stáže a smlouvě (dále vše jen jako „osobní údaje“), a to výhradně pro účely schválení praxe/stáže na příslušném pracovišti Vysočinských nemocnic, s.r.o. Poskytnuté osobní údaje budou zpracovány, uchovávány a využívány pouze z důvodu absolvování praxe/stáže ve Vysočinské nemocnici s.r.o.