Centrum e-Zdrowia  
ul. Stanisława Dubois 5A  
00-184 Warszawa

**Wniosek o odbycie praktyki w Centrum e-Zdrowia**

1. Imię i Nazwisko ………………………………………………………………………...
2. Data urodzenia ………………………………………………………….......…………..
3. Seria i numer dowodu osobistego ………………………………………………………
4. Adres zamieszkania ……………………………………………………………………..
5. Adres do korespondencji ………………………………………………………………..
6. Telefon ………………………………………………………………………………….
7. E-mail …………………………………………………………………………………..
8. Wykształcenie:  
   Uczelnia ………………………………………………………………………….....  
   Wydział ……………………………………………………………………………..  
   Kierunek/ specjalizacja……………………………………………………………...  
   Rok studiów...……………………………………………………………………….  
   Inne .………………………………………………………………………………...  
   ………………………………………………………………………………………
9. Główne cele praktyki i oczekiwania kandydata (ewentualnie proponowany program praktyki): ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
10. Termin i czas trwania praktyki:  
    ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
11. Wskazanie Wydziału/ komórki organizacyjnej Centrum, w której miałaby się odbywać praktyka:  
    ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Punkty od 9 do 11 – możliwość uzupełnienia po rozmowie wstępnej.

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) informuję, iż administratorem danych jest Centrum e- Zdrowia, ul. Stanisława Dubois 5A, 00-184 Warszawa.

Przedmiotowe dane osobowe są zbierane w celu koniecznym do realizacji umowy. Obowiązek ich podania wynika z przepisów ustawy z dnia 17 lipca 2009 r. o praktykach absolwenckich (Dz. U. Nr 127 poz. 1052). Każda osoba ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

*………………………………………….. ………………………………………………*

(miejscowość, data) (czytelny podpis)