**Ministerstwo Zdrowia**

**Biuro Kadr**

ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa

**FORMULARZ - ZGŁOSZENIE NA PRAKTYKĘ STUDENCKĄ**

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |  |
| DATA URODZENIA |  |
| ADRES DO KORESPONDENCJI |  |
| TELEFON KONTAKTOWY |  |
| E-MAIL |  |
| WYKSZTAŁCENIE: |  |
| Nazwa uczelni |  |
| Wydział |  |
| Kierunek |  |
| Rok / semestr studiów |  |
| ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH wraz z określeniem poziomu\* |  |
| DOTYCHCZASOWE PRAKTYKI, SZKOLENIA LUB DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE zrealizowane prze studenta/tkę |  |
| **WYRAŻAM CHĘĆ ODBYCIA PRAKTYKI:**  ***(przed wypełnieniem tej części proszę zapoznać się z aktualną ofertą praktyk)*** | |
| Komórka organizacyjna (pierwszego wyboru) |  |
| Wydział |  |
| Proponowany termin praktyk |  |
| Wymiar praktyk |  |
| Komórka organizacyjna (inna preferowana) |  |
| Wydział |  |
| **CEL I MOTYWACJE ZWIĄZANE Z PODJĘCIEM PRAKTYKI:** |  |

**Załączniki:**

* **kopia dokumentu potwierdzającego posiadane ubezpieczenie NNW (obligatoryjnie),**
* **skierowanie z uczelni do odbycia praktyki studenckiej w Ministerstwie Zdrowia.**

Ministerstwo Zdrowia informuje, że:

- administratorem danych osobowych jest Minister Zdrowia z siedzibą w Warszawie 00-952, ul. Miodowa 15,

- kandydat ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich poprawiania.

- podanie danych jest dobrowolne.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ministerstwo Zdrowia moich danych osobowych zawartych w dokumentach składanych w związku ze zgłoszeniem na praktykę studencką dla potrzeb niezbędnych dla realizacji i dokumentacji procesu rekrutacji i przebiegu praktyk.*

……………………………………. ………………………………………….

(data) (czytelny podpis studenta)

\* poziomy znajomości języka obcego: biegły, bardzo dobry, dobry, komunikatywny, podstawowy.