**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).**

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.   
w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie, przez Ministra Zdrowia z siedzibą w Warszawie (00-952) przy ul. Miodowej 15, moich danych osobowych – zawartych w formularzu zgłoszenia na praktykę studencką oraz w załączonych dokumentach – do celów przeprowadzenia rekrutacji na praktykę studencką.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o prawie wycofania zgody na przetwarzanie moich danych osobowych w dowolnym momencie.

……………………………………. ………………………………………….

(data) (czytelny podpis studenta)

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