

....., dnia
miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
Telefon i adres email

.....
Jednostka Kierująca (umowa/porozumienie z MCN)

.....
Dane kontaktowe do Jednostki Kierującej (adres, telefon, email)

**Zarząd Spółki
Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o.
w Zagórz**

WNIOSEK O STAŻ/PRAKTYKĘ/WOLONTARIAT *

w Spółce Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o.

Zwracam się z prośbą o możliwość realizacji **stażu/praktyki/wolontariatu***

.....
(rodzaj stażu/praktyki/wolontariatu np. staż podyplomowy, staż przed dyplomem, specjalizacyjny, kierunkowy, praktyka studencka czy zawodowa)

z zakresu
(kierunek/specjalizacja/dziedzina stażu/ praktyki/wolontariatu)

w Spółce Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o.

w terminie od dnia do dnia

w liczbie godzin **dziennie/tygodniowo/miesięcznie ***

(jeżeli jest to możliwe należy podać dokładny harmonogram dni i godzin)

.....
w Oddziale/Dziale/Poradni *

Informacje dodatkowe:

Opiekun stażu:

Inne.....

W załączeniu przekazuję:

1. Dokument potwierdzający moje kompetencje (zaświadczenia lub dyplomy).

W dalszym etapie kwalifikacji wymagane będą:

1. Aktualne orzeczenie lekarskie medycyny pracy,
2. Dokument ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oraz następstw nieszczęśliwych wypadków,
3. Informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1939), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego. (zgodnie z art. 21 Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich) ** i/lub odpowiednie oświadczenia.

.....
Podpis stażysty/ praktykanta/wolontariusza

*) - niepotrzebne skreślić

**) - nie starsze niż 6 miesięcy przed datą rozpoczęcia stażu/praktyki/wolontariatu

Proszę zaznaczyć właściwe (wypełnia Kierownik):

Zgłoszenie do Narodowego Funduszu Zdrowia (system SZOI)

☐ TAK ☐ NIE

Rodzaj stażu, praktyk

☐ Odpłatny ☐ Nieodpłatny

.....
Akceptacja Kierownika Oddziału/Działu/ Poradni

.....
Akceptacja Dyrektora ds. Medycznych

.....
Zgoda Zarządu Spółki

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie przez Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzu danych osobowych w celu realizacji porozumienia w sprawie realizacji staży, praktyk, wolontariatu i przetwarzanie ich dla potrzeb własnych Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzu, zgodnie z rozporządzeniem 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

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis

Zapoznałam/em się z Regulaminem prowadzenia staży, praktyk i wolontariatów w Spółce Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzu i przyjmuję do wiadomości i stosowania.

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis