



....., dnia
miejsowość data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

.....
Telefon i adres email

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

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

.....
Data rozpoczęcia specjalizacji, nr PWZ, ew. inne

**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 łącznej liczbie godzin (lekarze w łącznej liczbie dni)

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

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

Informacje dodatkowe:

Opiekun/Kierownik stażu/praktyki/wolontariatu:

Inne.....

W załączeniu przekazuję:

1. Dokument potwierdzający moje kompetencje (zaświadczenia, skierowania i/lub dyplomy, PWZ).

W dalszym etapie kwalifikacji wymagane będą:

1. Aktualne orzeczenie lekarskie medycyny pracy ze skierowaniem.
2. Dokument ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) i/lub następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) odpowiedni do zakresu praktyki/stażu/wolontariatu. **
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*

****) NNW - nie dotyczy wolontariuszy realizujących zadania w okresie krótszym niż 1 miesiąc, pracowników Spółki Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. oraz lekarzy odbywających staże kierunkowe w ramach szkolenia specjalizacyjnego*

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

Proszę zaznaczyć właściwe (**wypełnia Kierownik Oddziału/Działu/Poradni**):

Zgłoszenie do Narodowego Funduszu Zdrowia (system SZOI)

TAK NIE

Rodzaj stażu, praktyk

Odpłatny Nieodpłatny

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

.....
Akceptacja Dyrektora Medycznego

.....
Zarząd Spółki

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie przez Spółkę Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzcu danych osobowych w celu realizacji staży/praktyk/wolontariatu i przetwarzanie ich dla potrzeb własnych Spółki Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. w Zagórzcu, 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

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis stażysty/praktykanta/wolontariusza

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

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis stażysty/praktykanta/wolontariusza