



Wniosek/Oświadczenie Praktykanta

Nazwisko i imię:.....

Dane kontaktowe:.....

Nazwa uczelni, do której uczęszcza praktykant:.....

Deklarowane miejsce odbywania praktyki (oddział):

Rodzaj praktyki /nazwa zawodu:.....

Termin odbywania praktyki:...oddo

Liczba godzin:

Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy zawodowej oraz do nierozpowszechniania – bez uprzedniej zgody Szpitala – jakichkolwiek informacji dotyczących Szpitala, do których uzyskam dostęp w związku z odbywaną praktyką, a które nie są przeznaczone do publicznego udostępnienia. Zobowiązanie to obowiązuje zarówno w trakcie odbywania praktyki, jak i po jej zakończeniu.

.....
data, podpis Praktykanta

Oświadczenie dotyczące przetwarzania danych osobowych

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o:

1. **Administratorze danych osobowych:**
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Parczewie
ul. Kościelna 136, 21-200 Parczew
tel. 83 355 21 02
2. **Celach zbierania danych oraz odbiorcach danych:**
 - o Dane zbierane są w celu odbycia praktyki/stażu przez praktykanta/stażystę.
 - o Dane nie są przekazywane innym podmiotom.
3. **Prawach dostępu i poprawiania danych:**
 - o Dostęp do danych mają: dyrekcja zakładu, opiekun praktyki, dział kadr.
 - o Praktykant/stażysta ma prawo wglądu, poprawiania oraz uzupełniania swoich danych osobowych.

.....
data, podpis Praktykanta

II. Oświadczenie organizacyjne

1. Zobowiązuję się do wykonywania zadań wynikających z programu praktyk oraz poleceń zakładowego kierownika i opiekuna praktyki.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że czas pracy praktykanta nie może przekraczać:
 - o 7 godzin i 35 minut na dobę;
 - o przeciętnie 37 godzin i 55 minut tygodniowo w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że praktyka nie może odbywać się w porze nocnej.
4. Oświadczam, że zapoznałem/em się z Procedurą „Odbywanie Praktyk / Staży w SP ZOZ w Parczewie” i zobowiązuję się do jej przestrzegania.

.....
data, podpis Praktykanta

UWAGA: Podany termin jest deklarowany i może ulec przesunięciu ze względów organizacyjnych. W przypadku braku kompletu dokumentów odbycie praktyk/stażu będzie niemożliwe.



Zgoda na odbycie praktyki zawodowej

Wyrażam **zgody** / **brak zgody*** na odbycie praktyki zawodowej przez praktykanta w jednostce organizacyjnej.

Wyznaczenie opiekuna praktyki

Wyznaczam **opiekuna praktyki**:

Imię i nazwisko:

.....
(data, podpis, pieczęć)

Potwierdzenie ubezpieczenia praktykanta

Ubezpieczenie: **OC, NNW**

Powyższe dane potwierdza pracownik **Działu Zatrudnienia i Płac.**

.....
(data, podpis, pieczęć)

II. Szkolenia wymagane przed rozpoczęciem praktyki

1. Szkolenie z zakresu ochrony przeciwpożarowej (PPOŻ)

Szkolenie przeprowadził(a):.....

Oświadczam, że praktykant został(a) przeszkolony(a) w zakresie ochrony przeciwpożarowej.

Potwierdzenie przeszkolenia:
(data, pieczęć i podpis osoby szkolącej)

2. Szkolenie z zakresu BHP

Szkolenie przeprowadził(a):.....

Oświadczam, że praktykant został(a) przeszkolony(a) w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Potwierdzenie przeszkolenia:
(data, pieczęć i podpis osoby szkolącej)

3. Szkolenie z zakresu sanitarno-epidemiologicznego

Zakres szkolenia obejmował:



- Higienę rąk: ☐
- Postępowanie po ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny: ☐

Szkolenie przeprowadził(a):.....

Oświadczam, że praktykant został(a) przeszkolony(a) w zakresie sanitarno-epidemiologicznym.

Potwierdzenie przeszkolenia:
(data, pieczęć i podpis osoby szkolącej)

3A. Obowiązkowe dokumenty do okazania

Praktykant zobowiązany jest do okazania następujących dokumentów:

- Karta szczepień lub dokument potwierdzający poziom przeciwciał anty-HBs
- Orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych

a) Orzeczenie lekarskie: ☐ aktualne ☐ brak

b) Szczepienie przeciwko WZW typu B: ☐ aktualne ☐ brak

4. Szkolenie z zakresu ochrony danych osobowych

Szkolenie przeprowadził(a):.....

Oświadczam, że praktykant został(a) przeszkolony(a) w zakresie ochrony danych osobowych.

Potwierdzenie przeszkolenia:
(data, pieczęć i podpis osoby szkolącej)

1. Zapoznanie się z dokumentami obowiązującymi w SP ZOZ w Parczewie

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią następujących dokumentów i zobowiązuję się do ich przestrzegania:

1. Regulamin pracy SP ZOZ w Parczewie.
2. Zasady bezpieczeństwa i higieny pracy.
3. Zasady postępowania w przypadku ekspozycji zawodowej.
4. Polityka bezpieczeństwa danych osobowych.
5. Karta Praw Pacjenta.

.....
data, podpis Praktykanta