*Załącznik nr 1 do Regulaminu*

*realizacji praktyk, staży i praktyk studenckich,*

*praktyk zawodowych, praktyk absolwenckich i wolontariatów*

Data: ………………………………………………………………..…..….

Imię i nazwisko: …………………………………………….………….

Pesel: ……………………………………………………………………….

Adres: ………………………………………………………………….…..

Nr telefonu: …………………………………………………..…………

Adres e-mail: ……………………………………………………………

**Dyrektor**

**Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie**

**PODANIE O PRZYJĘCIE NA STAŻ**

1. Nazwa Uczelni: ……………….………………………………………………………….…………………………………….……………
2. Kierunek: ……………………………………………………………………………………………………………………………………….
3. Cel stażu: ……………………………………………………………………………………………….………………………………….……

 ……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….…

1. Nazwa ukończonego lub trwającego kursu, przez kogo był organizowany, nazwisko superwizora (w wypadku osób starających się o certyfikat):

………………………………………………………………………………………………………..………………………………..…………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….

1. Oddział / Poradnia, na którym planowany jest staż:

…………………………………………………………………………………………………………………………….…….……………………

1. **Termin stażu ……………………………………………………….. Ilość dni / godzin: …………………….………….……**

..…………………….

*podpis stażysty*

………………………..

*podpis opiekuna*

Opinia i podpis Kierownika komórki organizacyjnej, w której realizowany będzie staż:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………

……..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***Opłata za staż …………………………………***

*………………………………………………….……*

*podpis Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa*