



NEMOCNICA SNINA, s.r.o.
Sládkovičova 300/3, 069 01 Snina

Žiadosť o absolvovanie povinnej letnej/zimnej/ súvislej praxe

Fyzická osoba (študent/šudentka):

Meno a priezvisko:

Názov školy, fakulta, ročník:

Týmto žiadam súhlas s vykonaním povinnej letnej/zimnej/ súvislej praxe v Nemocnici Snina, s.r.o.,

ktorá vyplýva zo študijného plánu na akademický rok nasledovne:

Názov oddelenia :

Trvanie praxe (od - do):

V Snine dňa:

Vlastnoručný podpis: (študenta / študentky).....

Stanovisko námestníčky pre OS v Nemocnici Snina, s.r.o:

súhlasím - nesúhlasím* s absolvovaním letnej/ zimnej /súvislej praxe v uvedenom termíne

(* nehodiace sa prečiarknite)

V Snine dňa:

Vlastnoručný podpis:

Týmto udeľujem súhlas Nemocnici Snina, s.r.o. so spracovaním mojich osobných údajov podľa zákona o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, na účely vedenia agendy s tým súvisiacej. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do jeho odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek písomne odvolať. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v § 28 zákona o ochrane osobných údajov. Zaväzujem sa absolvovať prax na vyššie uvedenom oddelení v určenom termíne a čestne prehlasujem, že sa budem počas praxe správať tak, aby nedošlo k narušeniu práce pracovníkov oddelenia ani k poškodeniu práv pacienta, a že nezneužijem a **zachovám mlčanlivosť** o všetkých osobných a iných údajoch uvedených v zdravotnej a inej dokumentácii pacientov, ktoré sa v súvislosti s mojou praxou dozviem.

V Snine.....

Podpis:.....