

Łódź, dnia.....

Imię i nazwisko:.....

Dane kontaktowe.....

Jednostka prowadząca specjalizację:.....

**Dyrektor**

**Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego  
Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi**

**Wniosek o przyjęcie na staż kierunkowy**

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie stażu kierunkowego

W.....

*(oznaczenie/komórki organizacyjnej)*

Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika  
w Łodzi w terminie od\* .....do .....

(\*termin rozpoczęcia stażu nie może być wcześniejszy niż 14 dni od złożenia podania).

Staż kierunkowy prowadzony będzie w zakresie:

.....

w ramach odbywanej specjalizacji w dziedzinie:.....

.....

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą  
przetwarzania moich danych w związku z realizacją stażu.

.....

(podpis stażysty)

Zgoda właściwego kierownika

.....

(pieczęć i podpis kierownika)

.....

(zgoda Dyrektora Szpitala Kopernika w Łodzi lub osoby upoważnionej)

\*niepotrzebne skreślić