

**Zgłoszenie na praktykę należy przesłać drogą email do odpowiedniego Koordynatora praktyk, w celu uzyskania zgody na jej realizację.**

**Podstawą realizacji praktyki jest podpisanie obowiązującego w UCMMiT porozumienia przez Szkołę/Jednostkę Kierującą.**

Gdynia, dnia.....

**ZGŁOSZENIE  
na praktykę zawodową**

**I. WYPEŁNIA WNIOSKUJĄCY/A O PRAKTYKĘ:**

<b>1. Dane osobowe</b>
Imię i nazwisko: .....
E-mail: .....
Nrlegitymacji ucznia/studenta: .....
Kierunek, rok studiów, nazwa uczelni: .....
.....
<b>2. Dane dotyczące praktyki</b>
Miejsce odbywania praktyk (wskazać nazwę komórki organizacyjnej):
Liczba godzin do zrealizowania:
Proponowany okres odbywania praktyki: od dnia ..... do dnia.....
<b>3. Oświadczenie</b>
Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit a) i b) RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku w zakresie niezbędnym dla prawidłowej realizacji praktyki.
Niniejszym oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem odbywania praktyk zawodowych w Uniwersyteckim Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
Niniejszym oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dla osób odbywających praktyki studenckie/zawodowe dostępną na stronie ucmmiit.pl w zakładce KARIERA/PRAKTYKI.

**Załącznik do zgłoszenia:** program praktyki zaakceptowany przez Szkołę.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis)

## II. WYPEŁNIA KOORDYNATOR PRAKTYK

**Termin odbywania praktyki** (\* niepotrzebne skreślić)

\*Akceptuję termin zaproponowany przez studenta/ucznia / \*Proponuję następujący termin praktyk

od dnia ..... do dnia.....

Na Zakładowego opiekuna praktyki wyznaczam:

Pana/Panią .....

zatrudnioną/ym w UCMMiT na stanowisku .....

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody

*\* (niepotrzebne skreślić)*

.....

*data i podpis  
Koordynatora Praktyk*