***Žiadosť o prijatie na odbornú prax***

Titl. Meno a priezvisko: ............................................................................................

Trvalé bydlisko: ............................................................................................

Dát. narodenia: ............................................................................................

Tel. číslo: ...........................................................................................

SŠ/VŠ: ...........................................................................................

Študijný odbor: ................................................................. ročník štúdia: ......

Dĺžka trvania praxe /v hod./: .............................................................................................

Prijatý na odbornú prax: od .................................do ....................................................

Oddelenie: .............................................................................................

 .............................................................................................

Podpis a pečiatka primára/ vedúcej sestry.:

Súhlasím/nesúhlasím ...........................................................................................

*Týmto udeľujem súhlas Nemocnica AGEL Levice s.r.o. IČO 50861450, so spracúvaním mojich osobných údajov podľa Zákona a ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, na účely vystavenia Zmluvy o praxi a vedenie agendy s tým súvisiacej /IS účtovné doklady/. Súhlas so spracúvaním 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.*

V Leviciach dňa: *.....................................................* Podpis *: ......................................................*