

Imię i nazwisko.....

tryb specjalizacji* rezydentki / pozarezydentki

Nazwa jednostki macierzystej.....

tel.

e-mail

PODANIE O STAŻ KIERUNKOWY

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zrealizowanie stażu kierunkowego w ramach odbywanej przeze mnie specjalizacji w dziedzinie:

Nazwa stażu kierunkowego:

Nazwa Kliniki/Zakładu/Poradni UCK:.....

Proponowany termin:

Czy wskazany staż trwa powyżej 30 dni kalendarzowych: TAK/NIE* (zaznaczenie „tak” umożliwia uzyskanie dostępu do systemu Clininet, po wcześniejszym otrzymaniu zgód Kierownika Kliniki/Zakładu oraz Dyrektora ds. Lecznictwa. W przypadku uzyskania zgody po stronie Kliniki/Zakładu, zapisz się na spotkanie do Dyrektora wysyłając maila na info@uck.gda.pl lub telefonicznie pod nr 58 349 20 00. Prosimy zabrać podanie na spotkanie. Jeśli nie potrzebujesz dostępu do Clininet, nie musisz zapisywać się na spotkanie. Osoby niewymagające dostępu do Clininet nie muszą brać udziału w spotkaniu z Dyrektorem ds. Lecznictwa)

Czy planowane są dodatkowe staże w UCK: TAK/NIE* (jeśli „tak” koniecznym jest złożenie Podania na te staże. Jeden staż = jedno Podanie)

• Jeśli „TAK” – w jakich terminach:.....

Czy łączny czas staży kierunkowych (staż wskazany w Podaniu oraz planowane) w UCK przekracza 3 miesiące: TAK / NIE* (zaznaczenie „tak” umożliwia uzyskanie karty identyfikacyjnej z dostępem do Oddziałów poszczególnych Klinik UCK)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez UCK w Gdańsku, zawartych w podaniu zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1)

.....
(data i podpis osoby składającej podanie)**KIEROWNIK KLINIKI / ZAKŁADU UCK**

WYRAŻAM ZDODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY* na przyjęcie lekarza do realizacji stażu kierunkowego we wskazanym terminie

Na kierownika stażu kierunkowego wyznaczam:.....

Czy lekarz w ramach stażu będzie miał kontakt z promieniowaniem jonizującym: TAK / NIE*

Czy lekarz będzie potrzebował dostępu do systemu Clininet: TAK / NIE*

.....
(data i podpis Kierownika Komórki Organizacyjnej UCK)**DYREKTOR DS. LECZNICTWA, LEKARZ NACZELNY**

WYRAŻAM ZDODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY* na nadanie dostępu do systemu Clininet

- *niepotrzebne skreślić

.....
(data i podpis Dyrektora ds. Lecznictwa, Lekarza Naczelnego)