

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA PRAKTYKANTA

1. Dane osobowe	
Imię (imiona) i nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia (jeżeli brak numeru PESEL):	
Adres zamieszkania:	
Numer telefonu:	
Adres e-mail:	
2. Dodatkowe dane osobowe, jeżeli prawo lub obowiązek ich podania wynika z przepisów szczególnych (celem sprawdzenia w KRK)	
Imiona rodziców:	
Nazwisko rodowe:	
Inne niezbędne informacje::	
3. Osoba do kontaktu	
Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku (podanie danych jest dobrowolne):	
..... (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, dane kontaktowe)	

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis praktykanta)

KARTA PRZESZKOLENIA WSTĘPNEGO

RODZAJ SZKOLENIA	DATA	PODPIS
Szkolenie wstępne z zakresu BHP (Inspektor BHP)		
Szkolenie z zakresu Ochrony Przeciwpożarowej (Inspektor Ppoż.)		
Szkolenie z zakresu epidemiologii i ochrony środowiska (Pielęgniarka Epidemiologiczna)		
Szkolenie z zakresu Ochrony Danych Osobowych (Inspektor Danych Osobowych)		
Instruktaż stanowiskowy (opiekun praktyk)		

ZOBOWIĄZANIE DO ZACHOWANIA TAJEMNICY SŁUŻBOWEJ

Niniejszym zobowiązuję się, do zachowania tajemnicy służbowej, związanej z praktyką zawodową, którą realizuję w Pałuckim Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Żninie tj. w szczególności do nie rozpowszechniania w jakiegokolwiek formie, jakichkolwiek znanych mi informacji, wiadomości i materiałów, do których będę miał(a) dostęp w związku z realizacją praktyki. Zobowiązanie to obowiązuje zarówno w czasie trwania praktyki, jak i po jej wygaśnięciu.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis praktykanta)