

**KARTA OBIEGOWA**  
Praktyki/staże/szkolenia\*

1. Imię i nazwisko
2. Nazwa uczelni / kierunku
3. Termin praktyki / stażu / szkolenia
4. Nazwa komórki organizacyjnej, w której ma mieć miejsce praktyka / staż / szkolenie

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis osoby wystawiającej kartę obiegową

<b>Oświadczenia osoby odbywającej praktykę / staż / szkolenie o posiadaniu ważnego:</b>	
<b>Oświadczam, że posiadam :</b>	<b>Podpis:</b>
1. Orzeczenie do celów sanitarno - epidemiologicznych	
2. Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków i OC	
3. Szczepienie przeciwko wzv typu B	

Nazwa komórki:	Data:	Pieczęć i podpis:
1. BHP <i>(Bud. B, pok. 3, tel. 85 74 88 541)</i>		
2. Inspektor ochrony danych <i>(Bud. Administracji, pok. 31, tel. 85 74 88 358)</i>		
3. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych <i>(Łącznik bud. ginekologii/pediatrici, 3 piętro, tel. 85 74 88 512)</i>		
4.		

Miejsce praktyk:	Termin praktyk:

.....  
Podpis osoby odbywającej praktykę/staż/szkolenie

.....  
Podpis koordynatora