

Kraków, dnia.....

OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ODBYCIA PRAKTYKI

Imię i nazwisko.....

studia stacjonarne/niestacjonarne

kierunek studiów

numer albumu..... rok studiów.....

semestr.....

Oświadczam, że praktykę

.....
(pełna nazwa praktyki)

będę odbywał/a w

.....
(pełna nazwa placówki, adres)

w wymiarze..... w terminie oddo.....

Opiekunem praktyk z ramienia placówki przyjmującej będzie:

Pan/Pani

.....
(imię i nazwisko, telefon kontaktowy, mail)

.....
(własnoręczny podpis studenta)

Decyzja Uczelnianego opiekuna praktyk

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody z powodu.....

.....
(Uczelniany opiekun praktyk)

Administratorem danych osobowych jest Krakowska Wyższa Szkoła Promocji Zdrowia, z siedzibą ul. Krowoderska 73, 31-158 Kraków, kontakt do Inspektora Ochrony Danych: iod@kwspz.pl. Pozyskane dane osobowe będą przetwarzane w celu prawidłowej organizacji praktyk studenckich, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b, c RODO. Dane osobowe będą przetwarzane przez czas organizacji praktyk, a następnie przez wymagany prawem okres archiwizacyjny. Szczegółowe informacje dotyczące ochrony danych osobowych znajdują się na naszej stronie: <https://www.kwspz.pl/klauzula-informacyjna/>