# KARTA PRAKTYKANTA / STAŻYSTY

# w SP ZOZ Uniwersyteckiej Klinice Stomatologicznej w Krakowie

**IMIĘ I NAZWISKO :**

**Miejsce praktyki / stażu:**

**Data rozpoczęcia praktyki / stażu :**

**Rodzaj umowy / porozumienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Weryfikacja prawna:**  (potwierdza pracownik Sekcji Kadr, Płac i Spraw Socjalnych)  - zgoda Kierownika jednostki + zgoda Dyrektora,  - podpisana umowa/porozumienie, | | pieczątka, data podpis |
| **Dostarczenie dokumentów:**  (potwierdza pracownik Sekcji Kadr, Płac i Spraw Socjalnych) | | pieczątka, data podpis |
| **Stażysta na stażu kierunkowym:**  - Zaświadczenie z KRK o niekaralności (wystawione nie później niż na 3 miesiące od daty rozpoczęcia stażu), oraz oświadczenie o zamieszkiwaniu poza granicami polski,  - orzeczenie lekarskie oraz orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych,  - polisa OC w życiu zawodowym,  - polisa NNW,  - dyplom ukończenia studiów medycznych,  - prawo wykonywania zawodu, | **Praktykant :**  - Zaświadczenie z KRK o niekaralności (wystawione nie później niż na 3 miesiące od daty rozpoczęcia praktyki), oraz oświadczenie o zamieszkiwaniu poza granicami polski,  - orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych,  - polisa OC w życiu zawodowym,  - polisa NNW, |  |
| **Szkolenie BHP i P.poż**  (potwierdza pracownik Sekcji BHP) | | pieczątka, data podpis |
| **Szkolenie z ochrony danych osobowych**  (potwierdza Inspektor Ochrony Danych) | | pieczątka, data podpis |