**KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIA NA PRAKTYKĘ W AGENCJI**

1. IMIĘ I NAZWISKO…………………………………………………………………………..

2. DATA URODZENIA…………………………………………………………………………

3. ADRES DO KORESPONDENCJI……………………………………………………………

4.TELEFON……………………………………………………………………………………..

5. ADRES E-MAIL ……………………………………………………………………………..

6.PRAKTYKA:

 na podstawie skierowania przez uczelnię wyższą

 bez skierowania przez uczelnię wyższą

7. WYKSZTAŁCENIE:

* Nazwa uczelni…………………………………………………………………………
* Wydział………………………………………………………………………………..
* Kierunek……………………………………………………………………………….
* Rok / semestr studiów…………………………………………………………………

8. WYRAŻAM CHĘĆ ODBYCIA PRAKTYKI:

* Komórka organizacyjna………………………………………………………………….
* Proponowany termin Praktyki…………………………………………………………….
* Wymiar czasowy Praktyki………………………………………………………………...

9. UZASADNIENIE WYBORU…………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………...

(podpis kandydata)

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu w celu dokonania zgłoszenia na praktykę oraz jej odbycia   
w Agencji, zgodnie z art.6 ust. 1 lit. a rozporządzenia 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.U.UE.L.2016.119.1), zwanego dalej: „ RODO”*.\*

………………………...

(podpis kandydata)