

Imię i Nazwisko:

PESEL:

Termin odbywania praktyk: -

Odbyte szkolenie BHP

Potwierdzam odbycie przez wyżej wskazaną osobę szkolenia z zakresu BHP.

.....
Podpis osoby prowadzącej szkolenie

Odbyte szkolenie RODO

Potwierdzam odbycie przez wyżej wskazaną osobę szkolenia z zakresu ochrony i przetwarzania danych osobowych.

.....
Podpis osoby prowadzącej szkolenie

Odbyte szkolenie SOM

Potwierdzam odbycie przez wyżej wskazaną osobę szkolenia z zakresu SOM.

.....
Podpis osoby prowadzącej szkolenie

Odbyte praktyki w wybranym zakresie

Potwierdzam odbycie przez wyżej wskazaną osobę praktyk zawodowych w odpowiedniej licznie godzin.

.....
Podpis opiekuna praktyk

Przekazując powyższy dokument ze wszystkimi wymaganymi podpisami swojemu opiekunowi praktyk kończy Pani / Pan praktyki w Szpitalu Miejskim w Tychach. Mamy nadzieję, że praktyki odbyły się w miłej atmosferze, a uzyskana wiedza pomoże w dalszym toku kształcenia. Życzymy wielu sukcesów w nauce oraz powodzenia w przyszłej karierze.

.....
Podpis osoby przyjmującej dokument

.....
data