

DZIENNIK PRAKTYK
KIERUNEK STUDIÓW: KOSMETOLOGIA STUDIA
O PROFILU PRAKTYCZNYM
UNIwersytet PRZYRODniczo – HUMANISTYCZNY W
SIEDLCACH
WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH I NAUK O ZDROWIU
08-110 SIEDLCE UL. Prusa 14

IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA ODBYWAJĄCEGO PRAKTYKĘ:

.....

ROK AKAD./SEMESTR STUDIÓW

NR ALBUMU:

TERMIN(Y) PRAKTYKI:

.....

LICZBA MIESIĘCY/GODZIN:

(minimum 2 miesiące/320 godzin)

Jednostka przyjmująca na praktykę (nazwa, adres)

.....

.....

.....

.....

Imię i nazwisko Zakładowego Opiekuna(ów) Praktyki

.....

PRZEBIEG PRAKTYKI

DATA	WYKONYWANE CZYNNOŚCI, WIADOMOŚCI, UMIEJĘTNOŚCI I KOMPETENCJE NABYWANE W CZASIE PRAKTYKI

Pieczętka Zakładu

Klauzula informacyjna

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach z siedzibą przy ul. Konarskiego 2, 08-110 Siedlce;
2. Prawidłowość przetwarzania danych osobowych nadzoruje administratora bezpieczeństwa informacji z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: iod@uph.edu.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach kontaktowych jako z osobą bezpośrednio odpowiedzialną za opiekę i nadzór nad powierzonymi studentami Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach;
4. Podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (Dz.U. UE L119 z 4.05.2016 r.);
5. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane;
6. Dane nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa;
7. Dane przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wyżej określonych celów;
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz z zastrzeżeniem przepisów prawa: prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie;
9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.

Klauzula zgody

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych w trakcie podpisywania oświadczenia jako osoby bezpośrednio nadzorującej i odpowiedzialnej za praktykanta w celach kontaktowych. Zostałem poinformowany o moich prawach i obowiązkach. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie przeze mnie danych kontaktowych jest dobrowolne.

.....
(data)

.....
(podpis opiekuna z ramienia zakładu pracy)