



**Zakład Poprawczy w Kcyni**  
**ul. Jana Kantego 1**  
**89-240 Kcynia**  
tel. 52 3847117; fax 52 5894630  
[www.kcynia.zp.gov.pl](http://www.kcynia.zp.gov.pl)  
e-mail: sekretariat@kcynia.zp.gov.pl

Kcynia, .....

**Dyrektor**  
**Zakład Poprawczy**  
**ul. Jana Kantego 1**  
**89 – 240 Kcynia**

**Wniosek o przyjęcie na praktykę studencką.**

Zwracam się z wnioskiem o przyjęcie mnie na praktykę studencką w Zakładzie Poprawczym w Kcyni

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Pesel: \_\_\_\_\_

Nazwisko rodowe: \_\_\_\_\_

Imię ojca: \_\_\_\_\_

Imię matki: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_

Adres e – mail: \_\_\_\_\_

Uczelnia: \_\_\_\_\_

Kierunek studiów: \_\_\_\_\_

Rok studiów: \_\_\_\_\_

Proponowany termin praktyki: \_\_\_\_\_

Liczba godzin praktyki: \_\_\_\_\_

.....  
(podpis studenta)

**Do „Wniosku” należy załączyć „Skierowanie” z uczelni do odbycia praktyki.**

### Oświadczenie studenta:

W związku z przyjęciem na praktykę studencką zobowiązuję się względem Zakładu Poprawczego w Kcyni:

- a. odbycia praktyki zgodnie z programem praktyk,
- b. przestrzegania ustalonego przez zakład pracy porządku i dyscypliny pracy,
- c. przestrzegania zasad bhp i p.poż,
- d. zachowania poufności danych, do których w trakcie praktyki uzyskam dostęp,
- e. pokrycia we własnym zakresie kosztów zakwaterowania i wyżywienia oraz wszelkich innych kosztów związanych z odbywaniem praktyk (udział w praktykach studenckich nie spowoduje z mojej strony roszczeń o wynagrodzenie lub zwrot innych kosztów związanych bezpośrednio z praktyką).

Oświadczam, iż w trakcie praktyki będę osobą ubezpieczoną od następstw nieszczęśliwych wypadków. **W pierwszym dniu praktyki przedstawię odpowiedni dokument z uczelni lub indywidualną polisę.**

Kcynia, dnia.....

.....

(podpis studenta)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przedmiotowym zgłoszeniu, przez Zakład Poprawczy w Kcyni, do celów rekrutacji na praktykę studencką w Zakładzie Poprawczym w Kcyni oraz ewentualnego jej odbycia zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego 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).

Jednocześnie oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych jest Zakład Poprawczy w Kcyni reprezentowany przez dyrektora.
2. Podanie danych zawartych w przedmiotowym wniosku i wyrażenie zgody na ich przetwarzanie jest dobrowolne.
3. Mam prawo do kontroli przetwarzania moich danych oraz ich poprawiania.

Kcynia, dnia.....

.....

(podpis studenta)