**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**na praktykę studencką w Centralnym Laboratorium Kryminalistycznym Policji**

**CZĘŚĆ A – wypełnia student**

**Dyrektor**

**Centralnego Laboratorium**

**Kryminalistycznego Policji**

UWAGA!

*Przed wypełnieniem formularza należy zapoznać się z zakresem zadań realizowanych przez poszczególne komórki organizacyjne CLKP.*

*Do formularza należy dołączyć wymaganą dokumentację, wymienioną w § 3 Regulaminu studenckich praktyk zawodowych realizowanych w Centralnym Laboratorium Kryminalistycznym Policji.*

|  |
| --- |
| **I. DANE STUDENTA** |
| Imię i nazwisko: |  |
| PESEL: |  |
| Adres zamieszkania: |  |
| Adres do korespondencji: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Telefon: |  |
| **II. INFORMACJE O UCZELNI KIERUJĄCEJ STUDENTA NA PRAKTYKĘ STUDENCKĄ** |
| Nazwa uczelni: |  |
| Adres uczelni: |  |
| Telefon/fax/e-mail uczelni: |  |
| Reprezentowana przez: |  |
| **III. PROFIL STUDENTA** |
| Wydział: |  |
| Kierunek studiów/specjalizacja: |  |
| Rok studiów: | [ ]  I [ ]  II [ ]  III [ ]  IV [ ]  V  |
| Znajomość języków obcych(język i stopień znajomości): |  |
| Umiejętności obsługi komputera (wymienić programy): |  |
| **IV. PRAKTYKA STUDENCKA** |
| Termin: |  |
| Wymiar (liczba godzin i tygodni): |  |
| Imię i nazwisko oraz telefon opiekuna praktyki ze strony uczelni: |  |
| Uzasadnienie wyboru miejsca (cel i zakres tematyczny praktyki, motywacja): |  |

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

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* (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych) **wyrażam zgodę** na przetwarzanie przez Centralne Laboratorium Kryminalistyczne Policji moich danych osobowych, zgromadzonych w procesie kwalifikacji na studencką praktykę zawodową
w CLKP.

…………………………………

 *(data i czytelny podpis studenta)*