**Formularz zgłoszeniowy dla osób ubiegających się**

**o odbycie praktyki w Instytucie Meteorologii i Gospodarki Wodnej - Państwowym Instytucie Badawczym (IMGW-PIB)**

Numer zgłoszenia IMGW-PIB: …………...……….

|  |
| --- |
| **Część A***Wypełnia osoba ubiegająca się o odbycie praktyki w IMGW-PIB* |
| **A1. Dane osoby ubiegającej się o odbycie praktyki** |
| 1. Imię i nazwisko: |  |
| 2. Adres e-mail: |  |
| 3. Telefon kontaktowy: |  |
| 4. Uczelnia (szkoła) lub inny podmiot kierujący na praktykę: |  |
| 5. Wydział: |  |
| 6. Kierunek studiów: |  |
| 7. Stopień i rodzaj studiów: |  |
| 8. Rok studiów: |  |
| **A2. Informacje dotyczące wnioskowanej praktyki** |
| 1. Rodzaj praktyki: | Praktyka studencka / Praktyka uczniowska \*)Inny rodzaj praktyki (proszę o jego podanie):…………………..………….……. |
| 2. Charakter praktyki: | Obowiązkowy / Nieobowiązkowy \*) |
| 3. Planowany (preferowany) termin odbycia praktyki: |  |
| 4. Planowany (preferowany) czas trwania praktyki określony w godzinach lub dniach: |  |
| 5. Miejscowość, w której powinna odbyć się praktyka: |  |
| 6. Obszar tematyczny, którego praktyka ma dotyczyć, lub wskazanie jednostki organizacyjnej IMGW-PIB, w której praktyka powinna się odbyć: |  |
| 7. Uzasadnienie konieczności odbycia praktyki: |  |
| 8. Dodatkowe informacje: |  |
| **A3. Informacje i oświadczenie dotyczące ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) na czas odbywania praktyki** |
| 1. Potwierdzam posiadanie na czas odbywania praktyki ubezpieczenia NNW: | Tak / Nie \*) |
| 2. Opłacający ubezpieczenie NNW: | Ubezpieczenie opłacone przez uczelnię (szkołę) lub inny podmiot kierujący na praktykę / Ubezpieczenie indywidualne \*) |
| 3. Ubezpieczyciel: |  |
| 4. Numer polisy NNW: |  |
| W załączeniu do niniejszego formularza przekazuję potwierdzenie posiadania na czas odbywania praktyki ubezpieczenia NNW \*)…………………..………….……. …………………..………….…….*Miejscowość, data Podpis osoby ubiegającej się o odbycie praktyki w IMGW-PIB* |
| **A4. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji oraz organizacji praktyki** |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji oraz organizacji praktyki w IMGW-PIB, zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 (RODO) oraz ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781).…………………..………….……. …………………..………….…….*Miejscowość, data Podpis osoby ubiegającej się o odbycie praktyki w IMGW-PIB* |
| **A5. Oświadczenie o kosztach związanych z odbyciem praktyki** |
| Przyjmuję do wiadomości, że IMGW-PIB nie pokrywa kosztów związanych z organizacją oraz przeprowadzaniem praktyk. Koszty związane z odbywaną przeze mnie praktyką w IMGW-PIB zostaną pokryte przeze mnie / przez uczelnię (szkołę) / przez podmiot kierujący mnie na praktykę do IMGW-PIB \*)…………………..………….……. …………………..………….…….*Miejscowość, data Podpis osoby ubiegającej się o odbycie praktyki w IMGW-PIB* |
| **A6. Wykaz dokumentów załączonych do formularza** |
| Do niniejszego formularza załączam następujące dokumenty:1. Skierowanie na praktykę
2. Program praktyki
3. Zaświadczenie lekarskie oraz skierowanie na badania lekarskie
4. Potwierdzenie ubezpieczenia NNW
5. CV
6. …… \*)
 |
| **Część B***Wypełnia pracownik Zespołu Szkoleń Biura Zarządzania Zasobami Ludzkimi w IMGW-PIB* |
| 1. Imię i nazwisko pracownika Zespołu Szkoleń BZZL przyjmującego zgłoszenie: |  |
| 2. Data otrzymania zgłoszenia: |  |
| 3. Jednostka organizacyjna IMGW-PIB, do której zostanie przekazane zgłoszenie w celu określenia możliwości przeprowadzenia w niej praktyki: |  |
| 4. Imię i nazwisko pracownika jednostki organizacyjnej IMGW-PIB, do którego zostanie przekazane zgłoszenie: |  |
| 5. Data przekazania zgłoszenia: |  |
| **Część C***Wypełnia jednostka organizacyjna IMGW-PIB, do której zostało przekazane zgłoszenie*  |
| 1. Określenie możliwości przeprowadzenia praktyki: | Możliwość / Brak możliwości \*) przeprowadzenia praktyki w terminie wskazanym w części A2 formularzaJeśli istnieje możliwość przeprowadzenia praktyki w innym terminie, proszę o jego wskazanie: …………………..………….……. |
| 2. Imię i nazwisko opiekuna praktykanta: |  |
| 3. Dodatkowe informacje: |  |
| Wyrażam zgodę na przeprowadzenie przedmiotowej praktyki w podległej mi jednostce organizacyjnej IMGW-PIB w terminie wskazanym w części A2 formularza lub w terminie wskazanym powyżej / Informuję, że w podległej mi jednostce organizacyjnej IMGW-PIB nie ma możliwości przeprowadzenia przedmiotowej praktyki \*)…………………..………….……. …………………..………….…….*Data Podpis osoby kierującej jednostką organizacyjną IMGW-PIB* |
| **Część D***Decyzja Dyrektora Biura Zarządzania Zasobami Ludzkimi w IMGW-PIB* |
| Wyrażam zgodę na przeprowadzenie przedmiotowej praktyki w IMGW-PIB zgodnie z informacjami zamieszczonymi w niniejszym formularzu / Nie wyrażam zgody na przeprowadzenie przedmiotowej praktyki w IMGW-PIB \*)…………………..………….……. …………………..………….…….*Data Podpis Dyrektora Biura Zarządzania Zasobami Ludzkimi w IMGW-PIB* |
| **Część E***Wypełnia pracownik Zespołu Szkoleń Biura Zarządzania Zasobami Ludzkimi w IMGW-PIB* |
| Data poinformowania osoby ubiegającej się oodbycie praktyki w IMGW-PIB o możliwości / o braku możliwości \*) jej przeprowadzenia |  |
| Dodatkowe informacje: |  |