



**SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚĂ  
„SFÂNTUL IOAN CEL NOU” - SUCEAVA**

B-dul 1 Decembrie 1918, nr.21, Jud. Suceava,  
Cod poștal 720237, C.F. 4243983,

Tel/fax: 0230-222098,0230-520412

e-mail: statistica@spjstv.ro, web: www.spitaluljudeteansuceava.ro



Member of CISQ federation



CERTIFIED MANAGEMENT  
SYSTEM

Operator de date cu caracter personal - nr. notificare 21131

Nr. ....

**APROBAT MANAGER**

Data de azi:.....

**DOMNULE MANAGER**

Subsemnata/ul .....

Cu domiciliul în .....

CNP....., naționalitatea .....

Student/a în anul \_\_\_\_\_ la Instituție de învățământ .....

Specialitatea .....

Vă rog sa-mi aprobați efectuarea practicii de vară în cadrul Secției .....

din cadrul Spitalului Clinic de Urgență „Sfântul Ioan cel Nou” Suceava, în perioada .....

Număr de telefon ..... e.mail.....

**Informații:**

a) Cererea se depune la recepția spitalului sau se comunică pe adresa de mail secretariat@spjstv.ro pentru aprobare.

b) **Doar după aprobarea prezentei cererii, urmează să fiți contact/a și programat/a** pentru efectuarea instrucțiunilor P.S.I. și S.S.M.

c) Stagiului de practică debutează **EXCLUSIV** după îndeplinirea cerințelor de la pct. a și b.

d) Doar cererile însoțite de anexe sunt eligibile pentru a fi aprobate.

**Declarații/certificări:**

Declar că am luat la cunoștință faptul că, prezenta cerere are termen de soluționare de 7 zile lucrătoare;  
 Declar și îmi asum responsabilitatea ca pe toată perioada practicii, să cunosc și să respect procedurile și protocoalele în vigoare privind organizarea și funcționarea unității sanitare, și a secției în cadrul căreia îmi voi desfășura activitatea de practică;

Declar că mă oblig să îmi însușesc normele P.SI. și S.S.M. în vigoare la nivelul unității sanitare;

Certific faptul că toate informațiile din prezentul formular sunt reale și acestea au fost date cu acordul meu.

Anexez prezentei, în copie: *dovada calității de student, copie CI.*

Semnătura: