



Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

ul. Powstańców Śląskich 3, 59-220 Legnica

e-mail: dziekanat@wsmlegnica.pl

www.wsmlegnica.pl

NIP 691-224-86-55

REGON
391050489

Tel 76-854-99-33



.....
(imię i nazwisko studenta)

Legnica,

.....
(telefon kontaktowy)

.....
(adres e-mail)

.....
.....
.....

(adres placówki)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o umożliwienie przeprowadzenia badań ankietowych/ obserwacji/ wywiadu/ innych badań * wśród

(określić grupę badaną)

celem przygotowania pracy magisterskiej pt.:

.....
wykonywanej na kierunku pielęgniarstwo w Wydziale Pielęgniarstwa Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy.

Jednocześnie oświadczam, że pozyskane materiały będą wykorzystane wyłącznie do celów przygotowania niniejszej pracy dyplomowej i nie będą udostępniane osobom trzecim.

Zobowiązuję się do przestrzegania zasad określonych w Rozporządzeniu 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 (RODO).

.....
(podpis studenta)

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy, zaświadcza, że Pan/Pani*

.....
(imię i nazwisko studenta)

jest studentemroku kierunku pielęgniarstwo II stopnia w Wyższej Szkole Medycznej w Legnicy i popiera prośbę studenta.

.....
Dziekan Wydziału

* niepotrzebne skreślić