

Warszawa, dn.r.

.....
[Imię i nazwisko]

Szpital - CSK DSK SKDJ

.....
[Klinika/Zakład/Oddział]

.....
[Stanowisko]

.....
[nr tel.]

DYREKTOR

Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Ul. Banacha 1A
02-097 Warszawa

P O D A N I E

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na uczestnictwo* - urlop szkoleniowy*
 dofinansowanie* w kursie*: (*należy wstawić znak X we właściwych kratkach)

.....
Nazwa kursu

organizowanym przez.....
Nazwa i adres organizatora

Planowany termin realizacji kursu
Wypełnia wnioskodawca

Całkowity koszt kursu.....
Wypełnia wnioskodawca

Dofinansowanie ze strony UCK WUM w kwocie.....
Wypełnia wnioskodawca

Prośbę swoją motywuję koniecznością odbycia wyżej wspomnianego kształcenia

podyplomowego ze względu na.....
Wypełnia wnioskodawca

.....
Zgoda Pielęgniarki Oddziałowej

.....
Podpis wnioskodawcy + czytelna
pieczętka z nr prawa wyk. zawodu

.....
Zgoda Pielęgniarki Naczelnej

.....
Zgoda Dyrektora UCK WUM