

Formularz proszę wypełnić pismem drukowanym, a następnie złożyć w DSPiP, najpóźniej w terminie 7 dni przed planowaną datą rozpoczęcia urlopu szkoleniowego wraz z dokumentem poświadczającym możliwość udziału w szkoleniu z harmonogramem

Warszawa, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
[imię i nazwisko]

Szpital\* -  CSK  DSK  SKDJ

\_\_\_\_\_  
[Klinika/ Zakład/ Oddział]

\_\_\_\_\_  
[stanowisko/ zawód]

\_\_\_\_\_  
[nr tel.]

Rezydent\*  TAK  NIE

**DYREKTOR**

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

**WNIOSEK O URLOP SZKOLENIOWY**

Zwracam się z prośbą o udzielenie urlopu szkoleniowego w związku z\*:

Przystąpieniem do egzaminu/  
przygotowanie pracy dyplomowej\*

Kurs do specjalizacji

Konferencja

Inne

tytuł: \_\_\_\_\_

miejsce\*\* : \_\_\_\_\_

w terminie od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

w wymiarze (liczba dni roboczych): \_\_\_\_\_

zastępstwo będzie pełnić (imię i nazwisko osoby zastępującej): \_\_\_\_\_

Koszty \*\* ( należy wstawić znak X we właściwych kratkach oraz wpisać kwoty):

proszę o pokrycie kosztów  wpisowego \_\_\_\_\_ zł.,  hotelu \_\_\_\_\_ zł.,  podróży \_\_\_\_\_ zł.,

Razem \_\_\_\_\_ zł., (Słownie) \_\_\_\_\_

informuje, że koszty mojego  wpisowego  hotelu  hotelu, w kwocie (łącznie) \_\_\_\_\_ zł., pokryje  
(należy wskazać instytucję/nazwę firmy... itp., która wyraziła zgodę na pokrycie kosztów)

\_\_\_\_\_  
[podpis i pieczęć kierownika specjalizacji  
/pielęgniarki oddziałowej]\*\*

\_\_\_\_\_  
[podpis i pieczęć wnioskodawcy]

AKCEPTACJA DYREKTORA

\_\_\_\_\_  
[podpis i pieczęć kierownika  
jednostki lub pielęgniarki naczelnej]

\* należy wstawić znak X we właściwych kratkach

\*\* jeżeli dotyczy