

Warszawa, dnia _____

[imię i nazwisko]

[adres zamieszkania]

[pesel]

[nazwa szkoły wyższej]**]

[nr tel./adres e-mail_____]

DYREKTOR

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

**WNIOSEK W SPRAWIE
ODBYCIA WOLONTARIATU/PRAKTYKI***

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie wolontariatu/praktyki* w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie w lokalizacji: CSK DSK SKDJ z zakresu:

_____ w jednostce/komórce organizacyjnej: _____

_____ w terminie od _____ do _____

_____ w ramach odbywania studiów na kierunku** _____

_____ w oparciu o program praktyk, stanowiący załącznik do niniejszego wniosku.

Nr albumu** : _____

Wywiad epidemiologiczny z Pełnomocnikiem Dyrektora ds. działań związanych z ekspozycją na COVID-19 lub osobą wyznaczoną w lokalizacji (w czasie pandemii):

_____ Decyzja o pobraniu wymazu w kierunku SARS-CoV-2: _____

_____ Wynik: _____

[podpis opiekuna praktyk**]

[podpis zainteresowanego]

[podpis i pieczęć kierownika
jednostki/komórki organizacyjnej]

AKCEPTACJA DYREKTORA UCK WUM

Załączniki:

1. Program praktyk
2. Skierowanie z Uczelni
3. Kopia ubezpieczenia NNW
4. Kopia zaświadczenia o szczepieniu przeciwko WZW typu B

* niepotrzebne skreślić

** jeżeli dotyczy praktyk