

**Formularz proszę wypełnić czytelnie i z załącznikami złożyć w DSPiP – Staże i Szkolenia UCK WUM, CSK pokój 26 ,blok A, najpóźniej w terminie 14 dni przed planowaną datą rozpoczęcia stażu kierunkowego.**

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

\_\_\_\_\_  
[imię i nazwisko]

\_\_\_\_\_  
[miejsce zatrudnienia]

\_\_\_\_\_  
[nr prawa wykonywania zawodu]

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

\_\_\_\_\_  
[e-mail]

**DYREKTOR**

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

**WNIOSEK  
W SPRAWIE ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu cząstkowego w ramach stażu podyplomowego w

\_\_\_\_\_  
[podmiot przyjmujący]

\_\_\_\_\_  
[jednostka/komórka organizacyjna podmiotu przyjmującego, tj. klinika, oddział, zakład, itp.]

a zakresu \_\_\_\_\_

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

Jednostka prowadząca staż podyplomowy: \_\_\_\_\_

Wywiad epidemiologiczny z Pełnomocnikiem Dyrektora ds. Działań z ekspozycją na COVID – 19 (w czasie pandemii) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
[podpis i pieczęć koordynatora  
stażu podyplomowego]

\_\_\_\_\_  
[podpis i pieczęć zainteresowanego]

\_\_\_\_\_  
[podpis i pieczęć kierownika  
jednostki/komórki przyjmującej]

\_\_\_\_\_  
AKCEPTACJA DYREKTORA  
UCK WUM

Załączniki: dla lekarzy ubiegających się o staż w UCK WUM:

1. Kopia prawa wykonywania zawodu
2. Kopia zaświadczenia o szkoleniu bhp i ppoż
3. Kopia Ubezpieczenie OC, NNW
4. Zobowiązanie (pobrać ze strony internetowej)