

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.

[imię i nazwisko]

Warszawa, dnia _____

[miejsce odbywania specjalizacji]

[miejsce zatrudnienia – lekarz nie zatrudniony w UCK WUM]

Lekarz zatrudniony w UCK WUM :

CSK DSK SKDJ

[Klinika, Oddział, Zakład]

DYREKTOR

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

[nr tel.]

Rezydent* TAK NIE

**WNIOSEK
W SPRAWIE ODBYCIA STAŻU Z KIERUNKOWEGO**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu kierunkowego w:

[podmiot przyjmujący]

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

z zakresu _____

w terminie od _____ do _____

w ramach specjalizacji z _____

Nr karty specjalizacyjnej: _____

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

[podpis i pieczęć kierownika
jednostki/komórki kierującej]

[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)
