

Formularz proszę wypełnić pismem drukowanym, a następnie złożyć w DSPiP – Staże i Szkolenia, CSK pokój 26, blok A, 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 pieczętka kierownika specjalizacji
/pielęgniarki oddziałowej]**

[podpis i pieczętka wnioskodawcy]

AKCEPTACJA DYREKTORA

[podpis i pieczętka kierownika
jednostki lub pielęgniarki naczelnej]

* należy wstawić znak X we właściwych kratkach

** jeżeli dotyczy