

**Formularz proszę wypełnić pismem drukowanym, a następnie złożyć w Dziale Spraw Pracowniczych i Płac UCK WUM, najpóźniej w terminie 14 dni przed planowaną datą rozpoczęcia stażu kierunkowego.**

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

\_\_\_\_\_  
[imię i nazwisko]

\_\_\_\_\_  
[miejsce odbywania specjalizacji]

\_\_\_\_\_  
[adres Uczelni]

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

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

**DYREKTOR**

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

**WNIOSEK  
W SPRAWIE ODBYCIA STAŻU Z PSYCHOLOGII**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu kierunkowego w UCK WUM,

w lokalizacji:  CSK  DSK  SKDJ

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

z zakresu \_\_\_\_\_

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

w ramach specjalizacji z \_\_\_\_\_

Nr karty specjalizacyjnej: \_\_\_\_\_

**Koszt stażu 450,00 zł za każdy 1 m-c (zgodnie z Regulaminem), płatne na konto UCK WUM nr 47 1130 1017 0020 0774 3920 0021. Tytuł: staż płatny z psychologii klinicznej (imię i nazwisko)**

\_\_\_\_\_  
[podpis i pieczętka kierownika  
jednostki/komórki kierującej]

\_\_\_\_\_  
[podpis i pieczętka zainteresowanego]

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

\_\_\_\_\_  
ZGODA DYREKTORA UCK WUM

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

1. Kopia PWZ/dyplomu

3. Zaświadczenie o szczepieniu przeciwko WZW typu B

5. Zobowiązanie (pobrać ze strony)

2. Zaświadczenie o szkoleniu BHP i PPOŻ

4. Aktualne badania lekarskie oraz ubezpieczenie OC i NNW