

Formularz proszę wypełnić pismem drukowanym, a następnie złożyć w Dziale Spraw Pracowniczych i Płac najpóźniej w terminie 7 dni przed planowaną datą rozpoczęcia urlopu szkoleniowego wraz z dokumentem poświadczającym możliwość udziału w szkoleniu z harmonogramem

[imię i nazwisko]

Warszawa, dnia _____

[Klinika/ Zakład/ Oddział]

DYREKTOR

[stanowisko/ zawód]

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

[nr tel.]

Rezydent* TAK NIE

Miejsce świadczenia pracy w Lokalizacji: CSK DSK SKDJ

WNIOSEK O URLOP SZKOLENIOWY

Zwracam się z prośbą o udzielenie urlopu szkoleniowego w związku z*:

Przystąpieniem do egzaminu/
przygotowanie pracy dyplomowej*

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 bezpośredniego przełożonego]

[podpis i pieczętka wnioskodawcy]

ZGODA Naczelniej Pielęgniarki**

ZGODA DYREKTORA

* należy wstawić znak X we właściwych kratkach

** jeżeli dotyczy