

Warszawa, dn.r.

.....

[Imię i nazwisko]

Szpital - CSK DSK SKDJ

.....
[Klinika/Zakład/Oddział]

.....
[Stanowisko]

.....
nr tel.

.....
adres e-mail

DYREKTOR

Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

PODANIE

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na: uczestnictwo* urlop szkoleniowy*

dofinansowanie* w kursie*: (*należy wstawić znak X we właściwych kratkach)

.....
Nazwa kursu

organizowanym przez

Nazwa i adres organizatora

Planowany termin realizacji kursu

Wypełnia wnioskodawca

Całkowity koszt kursu.....

Wypełnia wnioskodawca

Dofinansowanie ze strony UCK WUM w kwocie.....

Wypełnia wnioskodawca

Prośbę swoją motywuję koniecznością odbycia wyżej wspomnianego kształcenia

podyplomowego ze względu na.....

Wypełnia wnioskodawca

.....
Zgoda Pielęgniarki Oddziałowej

.....
Podpis wnioskodawcy + czytelna
pieczęć z nr prawa wyk. zawodu

.....
Zgoda Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa