

WNIOSEK O URLOP SZKOLENIOWY

Formularz proszę wypełnić pismem drukowanym, a następnie złożyć w DSPiP, 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. i adres e-mail**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]_____
[podpis i pieczętka kierownika
jednostki lub Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa]_____
ZGODA DYREKTORA

* należy wstawić znak X we właściwych kratkach

** jeżeli dotyczy