

WOLONTARIAT/PRAKTYKA

Warszawa, dnia _____

[imię i nazwisko]

[adres zamieszkania]

[pesel]

[nazwa szkoły wyższej]**]

nr tel. _____

e-mail _____

DYREKTOR

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

**WNIOSEK W SPRAWIE
ODBYCIA WOLONTARIATU/PRAKTYKI***

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie wolontariatu/praktyki* w Uniwersyteckim Centrum
Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie w lokalizacji: CSK DSK SKDJ z zakresu:

w jednostce/komórce organizacyjnej: _____

w terminie od _____ do _____

w ramach odbywania studiów na kierunku** _____

w oparciu o program praktyk, stanowiący załącznik do niniejszego wniosku.

Nr albumu** : _____

[podpis zainteresowanego]

[podpis i pieczętka Pielęgniarki Oddziałowej
/Z-cy Dyr. ds Pielęgniarstwa

w zakresie praktyk pielęgniarskich

[podpis i pieczętka Kierownika
jednostki/komórki organizacyjnej]
w zakresie praktyk lekarskich

Załączniki:

1. Skierowanie z Uczelni**
2. Kopia dokumentu tożsamości/legitymacji/PWZ/dyplomu*
3. Kopia ubezpieczenia OC
4. Kopia zaświadczenia o szczepieniu przeciwko WZW typu B
5. Zakres obowiązków w ramach odbywania wolontariatu
6. Zobowiązanie (pobrać ze strony internetowej)

* niepotrzebne skreślić ** jeżeli dotyczy praktyk