

WOLONTARIAT/PRAKTYKA

Formularz proszę wypełnić pismem drukowanym, a następnie złożyć w Dziale Spraw Pracowniczych i Płac – Staże i Szkolenia, najpóźniej w terminie: dla Wolontariatu 14dni/ dla Praktyk 7dni przed planowaną datą rozpoczęcia.

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 aktualnych badań lekarskich oraz kopia ubezpieczenia OC,
4. Kopia zaświadczenia o szczepieniu przeciwko WZW typu B,
5. Zakres obowiązków w ramach odbywania wolontariatu,
6. Oświadczenie nr 1 (pobrać ze strony internetowej),
7. Oświadczenie nr 2 (pobrać ze strony internetowej),
8. Zobowiązanie (pobrać ze strony internetowej),
9. Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV KK, w art. 189a i art. 207 KK oraz w ustawie z dn. 29.07.2005r o przeciwdziałaniu narkomanii.

* niepotrzebne skreślić ** jeżeli dotyczy praktyk