

Warszawa, dn.r.

.....
Imię i nazwisko

.....
Zajmowane stanowisko

.....
Miejsce pracy, nazwa kliniki

.....
kontakt telefoniczny

DYREKTOR

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

P O D A N I E

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na uczestnictwo* - urlop szkoleniowy* oraz dofinansowanie* w kursie*: (*-niepotrzebne skreślić)

.....
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
pieczętka z nr prawa wyk. zawodu

.....
Zgoda Pielęgniarki Naczelnej

.....
Zgoda Dyrektora UCK WUM