

Formularz proszę wypełnić pismem drukowanym, a następnie złożyć w Dziale Personalnym – Staże i Szkolenia SPCSK, 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]

\_\_\_\_\_  
[miejsce zatrudnienia]

\_\_\_\_\_  
[stanowisko]

\_\_\_\_\_  
[nr tel.]

\_\_\_\_\_  
[e-mail]

Rezydent (TAK lub NIE) \_\_\_\_\_

**DYREKTOR**

Samodzielnego Publicznego Centralnego  
Szpitala Klinicznego w Warszawie  
ul. Banacha 1 a  
02-097 Warszawa

WNIOSEK O URLOP SZKOLENIOWY

Zwracam się z prośbą o udzielenie urlopu szkoleniowego w związku z\*:

- przystąpieniem do egzaminu,  uczestnictwem w szkoleniu  
 przygotowaniem pracy dyplomowej  inne, \_\_\_\_\_

tytuł: \_\_\_\_\_

miejsce\*\* : \_\_\_\_\_

w terminie od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

w wymiarze (liczba dni roboczych): \_\_\_\_\_

zastępstwo będzie pełnić (imię i nazwisko osoby zastępującej): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
[podpis i pieczęć kierownika specjalizacji]\*\*

\_\_\_\_\_  
[podpis i pieczęć wnioskodawcy]

**AKCEPTACJA DYREKTORA**

\_\_\_\_\_  
[podpis i pieczęć kierownika  
jednostki lub komórki organizacyjnej]\*\*

\* właściwie zakreślić „X”

\*\* jeżeli dotyczy