

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 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 opiekuna praktyk**]

[podpis zainteresowanego]

AKCEPTACJA DYREKTORA

[podpis i pieczęć kierownika
jednostki/komórki organizacyjnej]

Załączniki:

1. Program praktyk
2. Skierowanie z Uczelni
3. Kopia ubezpieczenia OC
4. Kopia zaświadczenia o szczepieniu przeciwko WZW typu B

* niepotrzebne skreślić

** jeżeli dotyczy praktyk