

Formularz proszę wypełnić pismem drukowanym, dołączyć wymagane dokumenty oraz klauzulę informacyjną ze zgodą – RODO (dokumenty do pobrania ze strony UCK WUM), a następnie złożyć w Dziale Personalnym – Staże i Szkolenia UCK WUM, najpóźniej w terminie 14 dni przed planowaną datą rozpoczęcia stażu kierunkowego.

Warszawa, dnia _____

[imię i nazwisko]

[miejsce odbywania specjalizacji]

[nazwa kliniki]

[nr prawa wykonywania zawodu]

[nr tel.]

[e-mail]

[Rezydent – TAK / NIE]

DYREKTOR

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

WNIOSEK W SPRAWIE ODBYCIA STAŻU KIERUNKOWEGO

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu kierunkowego w:

[podmiot przyjmujący]

[jednostka/komórka organizacyjna podmiotu przyjmującego, tj. klinika, oddział, zakład, itp.]

z zakresu _____

w terminie od _____ do _____

w ramach specjalizacji z _____

Nr karty specjalizacyjnej: _____

podpis i pieczęć kierownika specjalizacji

podpis i pieczęć wnioskodawcy

podpis i pieczęć kierownika jednostki/komórki kierującej

AKCEPTACJA DYREKTORA
UCK WUM CSK

podpis i pieczęć kierownika jednostki/komórki przyjmującej
