

Formularz proszę wypełnić pismem drukowanym, a następnie złożyć w Dziale Spraw Pracowniczych i Plac – Staże i Szkolenia, 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]

[nazwa Szpitala oraz Klinika/ Zakład/ Oddział]

[stanowisko/ zawód]

[nr tel.]

[e-mail]

Rezydent (TAK lub NIE) *

DYREKTOR

Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
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/
przygotowanie pracy dyplomowej*

kurs do specjalizacji

konferencja

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
/pielęgniarki oddziałowej]**

[podpis i pieczęć wnioskodawcy]

AKCEPTACJA DYREKTORA

[podpis i pieczęć kierownika
jednostki lub pielęgniarki naczelnej]

* właściwe zakreślić

** jeżeli dotyczy