

PRAKTYKA

Formularz proszę wypełnić pismem drukowanym, a następnie złożyć w Dziale Staży i Szkoleń, najpóźniej w terminie 14 dni przed planowaną datą rozpoczęcia praktyk.

[imię i nazwisko]

[pesel]]

[nazwa szkoły wyższej]

nr tel. _____

e-mail _____

Warszawa, dnia _____

DYREKTOR

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

WNIOSEK W SPRAWIE
REALIZACJI PRAKTYK

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na realizację praktyk w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie w lokalizacji: ☐ CSK ☐ DSK ☐ SKDJ z zakresu:

w jednostce/komórce organizacyjnej: _____

w terminie od _____ do _____

w ramach odbywania studiów na kierunku _____

Nr albumu : _____

[podpis zainteresowanego]

[podpis i pieczęć Pielęgniarki Oddziałowej
/Z-cy Dyr. ds Pielęgniarstwa]
w zakresie praktyk pielęgniarskich

[podpis i pieczęć Kierownika
jednostki/komórki organizacyjnej]
w zakresie praktyk lekarskich

Załączniki:

1. Skierowanie z Uczelni*,
2. Kopia legitymacji**,
3. Oświadczenie nr 1 (pobrać ze strony internetowej) i/lub,
4. Oświadczenie nr 2 (pobrać ze strony internetowej),
5. Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV KK, w art. 189a i art. 207 KK oraz w ustawie z dn. 29.07.2005r o przeciwdziałaniu narkomanii,
6. Formularz potwierdzający złożenie dokumentów (pobrać ze strony internetowej).

***tylko studenci WUM **nie dot. studentów WUM**