

WOLONTARIAT

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

[imię i nazwisko]

Warszawa, dnia _____

[adres zamieszkania]

[pesel]

nr tel. _____

e-mail _____

DYREKTOR

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Banacha 1 a
02-097 Warszawa

WNIOSEK W SPRAWIE
REALIZACJI WOLONTARIATU

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

w jednostce/komórce organizacyjnej: _____

w terminie od _____ do _____

[podpis zainteresowanego]

[podpis i pieczęć Pielęgniarki Oddziałowej
/Z-cy Dyr. ds Pielęgniarstwa**]

[podpis i pieczęć Kierownika
jednostki/komórki organizacyjnej]

Załączniki:

1. Kopia dokumentu tożsamości/PWZ/dyplomu*,
2. Kopia aktualnych badań lekarskich oraz kopia ubezpieczenia OC,
3. Kopia zaświadczenia o szczepieniu przeciwko WZW typu B,
4. Zakres obowiązków w ramach odbywania wolontariatu,
5. Oświadczenie nr 1 (pobrać ze strony internetowej) i/lub,
6. Oświadczenie nr 2 (pobrać ze strony internetowej),
7. Zobowiązanie – RODO (pobrać ze strony internetowej),
8. 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,
9. Formularz potwierdzający złożenie dokumentów (pobrać ze strony internetowej).

***niepotrzebne skreślić**

****jeżeli dotyczy**