

UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

www.uckwum.pl

WNIOSEK O URLOP SZKOLENIOWY

Formularz proszę wypełnić pismem drukowanym, a następnie złożyć w DSS, 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]

Szpital* - ☐ CSK ☐ DSK ☐ SKDJ

Klinika/ Zakład/ Oddział

stanowisko/ zawód - rezydent tak/nie

nr tel.

Specjalizacja przed wiosną 2023 - ☐ ***

Specjalizacja „nowy” tryb (wiosna 2023) - ☐ ***

Umowa o pracę – tak/nie

DYREKTOR

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

WNIOSEK O URLOP SZKOLENIOWY

Zwracam się z prośbą o udzielenie urlopu szkoleniowego w związku z*:

☐ Przystąpieniem do egzaminu/
przygotowanie pracy dyplomowej

☐ Samokształcenie

☐ Konferencja

☐ Inne _____

tytuł: _____

miejsce**: _____

w terminie od _____ do _____

w wymiarze (liczba dni roboczych): _____

zastępstwo będzie pełnić (imię i nazwisko osoby zastępującej): _____

Koszty ** (należy wstawić znak X we właściwych kratkach oraz wpisać kwoty):

☐ proszę o pokrycie kosztów ☐ wpisowego _____ zł., ☐ hotelu _____ zł., ☐ podróży _____ zł.,

Razem _____ zł, (słownie) _____

☐ informuje, że koszty mojego ☐ wpisowego ☐ hotelu ☐ hotelu, w kwocie (łącznie) _____ zł., pokryje

(należy wskazać instytucję/nazwę firmy itp., która wyraziła zgodę na pokrycie kosztów)

[podpis i pieczęć kierownika specjalizacji
/pielęgniarki oddziałowej]**

[podpis i pieczęć wnioskodawcy]

[podpis i pieczęć kierownika
jednostki lub Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa]

ZGODA DYREKTORA

* należy wstawić znak X we właściwych kratkach

** jeżeli dotyczy

*** dotyczy specjalizantów