

\_\_\_\_\_  
[imię i nazwisko]  
\_\_\_\_\_  
[adres zamieszkania]  
\_\_\_\_\_  
[pesel]  
\_\_\_\_\_  
[nazwa szkoły wyższej\*\*]  
nr tel. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

Warszawa, dnia \_\_\_\_\_

**DYREKTOR**

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

**WNIOSEK W SPRAWIE ODBYCIA WOLONTARIATU/PRAKTYKI\***

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie wolontariatu/praktyki\* 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\*\* \_\_\_\_\_

w oparciu o program praktyk, stanowiący załącznik do niniejszego wniosku.

Nr albumu\*\* : \_\_\_\_\_

Wywiad epidemiologiczny z Pełnomocnikiem Dyrektora ds. Działań z ekspozycją na COVID – 19 (w czasie pandemii)

\_\_\_\_\_

Decyzja o pobraniu wymazu w kierunku SARS-CoV-2: \_\_\_\_\_

Wynik: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
[podpis opiekuna praktyk\*\*]

\_\_\_\_\_  
[podpis zainteresowanego]

AKCEPTACJA DYREKTORA  
UCK WUM

\_\_\_\_\_  
[podpis i pieczęć kierownika  
jednostki/komórki organizacyjnej]

**Załączniki:**

1. Program praktyk
2. Skierowanie z Uczelni
3. Kopia ubezpieczenia NNW
4. Kopia zaświadczenia o szczepieniu przeciwko WZW typu B
5. Zobowiązanie (pobrać ze strony internetowej)

\* niepotrzebne skreślić

\*\* jeżeli dotyczy praktyk