

Kielce, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu, adres e-mail

***Do Dyrektora Wojewódzkiego
Szpitala Zespołowego w Kielcach
Sz. P. Bartosz Stemplewski***

Podanie o przyjęcie na wolontariat/praktyki zawodowe*

Jestem studentem (ką) roku Wydziału

Uczelni:w

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie wolontariatu/praktyk zawodowych* w Oddziale/Klinice:

.....
w ilości godzin:

w terminie od*: do

.....
podpis stażysty

Zgoda właściwego Ordynatora/Kierownika/Pielęgniarki Koordynującej

.....
Opiekunem wolontariatu/praktyk* będzie:

.....
***termin rozpoczęcia stażu nie może być wcześniejszy niż 14 dni od wpływu.**

Zgoda Dyrektora Szpitala
lub osoby upoważnionej

.....
*Niepotrzebne skreślić