

Kielce, dnia .....

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

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

***Do Dyrektora  
Wojewódzkiego Szpitala  
Zespolonego w Kielcach***

**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