

Warszawa, dnia.....

Numer podania
(wypełnia CKP)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Pesel

Adres

.....

tel.

e-mail

**Zastępca Dyrektora ds. Naukowych
Wojskowego Instytutu Medycznego
Państwowego Instytutu Badawczego
ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa**

ZGODA / BRAK ZGODY

Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych

PODANIE

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie **wolontariatu** w Wojskowym Instytucie Medycznym – Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie.

Klinika/Oddział/Zakład:.....

Preferowany termin:

Termin alternatywny:

Uzasadnienie (wraz z informacją kim jest osoba składająca podanie):.....

.....

.....

.....

.....
(podpis i pieczętka zainteresowanego)

Wypełnia Kierownik komórki

Proszę zaznaczyć właściwe:

1) **Istnieje** możliwość odbycia wolontariatu.

Termin

Na Opiekuna wolontariatu wyznaczam:.....

2) **Nie ma** możliwości odbycia wolontariatu.

Uzasadnienie decyzji:
.....

.....
(podpis i pieczętka)

Wypełnia Pielęgniarka Oddziałowa*:

Proszę zaznaczyć właściwe:

1) **Istnieje** możliwość odbycia wolontariatu.

Termin praktyki.....

2) **Nie ma** możliwości odbycia wolontariatu.

Uzasadnienie decyzji:
.....

.....
(podpis i pieczętka)

Wypełnia Kierownik Wydziału CKP**

Potwierdzam kompletność przedstawionej dokumentacji:

- a. aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy,
- b. aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- c. zaświadczenie lub wpis o przebytych szczepieniu p/WZW B,
- d. ubezpieczenie OC oraz NNW w przypadku wolontariatu, trwającego ponad 30 dni,
- e. zgoda na przetwarzanie danych osobowych oraz wizerunku,
- f. dowód wpłaty opłaty kwalifikacyjnej w wysokości 30 zł,
- g. porozumienie w sprawie odbywania wolontariatu z zakresem obowiązków.

.....
(podpis i pieczętka)

*Dotyczy **studentów pielęgniarstwa/położnictwa** oraz osób posiadających **prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej**.

**Przez Kierownika Wydziału CKP rozumie się:

- w przypadku **studentów** - Kierownika Wydziału Organizacji Doskonalenia Zawodowego,
- w przypadku **studentów pielęgniarstwa/położnictwa** oraz osób posiadających **prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej** - Kierownika Wydziału Kształcenia Pielęgniarek i Położnych,
- w przypadku pozostałych **osób z wykształceniem wyższym** - Kierownika Wydziału Kształcenia Podyplomowego Lekarzy

