

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Nr telefonu

Adres e-mail

Pełna nazwa uczelni

Wydział i Kierunek

....., dnia

(Miejscowość)

Sz. P.

Michał Sobolewski

Prezes Zarządu

Szpitala Powiatowego

im. Tadeusza Malińskiego w Śremie Sp. z o. o.

ul. Chełmońskiego 1

PODANIE O PRZYJĘCIE NA PRAKTYKĘ STUDENCKĄ / WOLONTARIAT*

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na realizację praktyki / wolontariatu*

w zakresie

w

(pełna nazwa komórki organizacyjnej Szpitala)

w Szpitalu Powiatowym im. Tadeusza Malińskiego w Śremie Sp. z o. o. w terminie

od do w wymiarze

(liczba godzin)

.....
Podpis

Zgoda / brak zgody* kierownika oddziału / zakładu:
(pieczętka i podpis)

Zgoda / brak zgody* Prezesa Zarządu:
(pieczętka i podpis)

Załączniki:

1. Skierowanie z Uczelni kierującej na praktyki.
2. Kserokopia aktualnej polisy NNW i OC.
3. Kserokopia orzeczenia lekarskiego o zdolności do pracy.
4. Kserokopia orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych.
5. Kserokopia dokumentu potwierdzającego szczepienie przeciw WZW B.
6. Zaświadczenie o niekaralności z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym.

* Niepotrzebne skreślić