Zielona Góra, ……………………..

(data)

……………………………….

( imię i nazwisko )

………………………………

(adres zamieszkania)

Do Dyrektora ds. Lecznictwa

Antoni Ciach

PODANIE

Proszę o wyrażenie zgody na zawarcie umowy o wolontariat w ………………………..…………………………………………………………………………..(miejsce-poradnia-oddział nazwa)

od dnia ………………………………………………………….. do dnia ………………………………………………………… w wymiarze …………..……. h/tygodniowo. Jestem studentem kierunku …………………. z uczelni ……………………………

…………………………………

podpis

…………………………………………

podpis i decyzja

Kierownika Oddziału

Do podania dołączono aktualne zaświadczenie o statusie studenta.