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.