

Data.....

Imię i nazwisko.....

Adres.....

Nr tel: .....

Adres mail: .....

**Kierownik  
Oddziału Klinicznego  
Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży**

## PODANIE

### O PRZYJĘCIE NA STAŻ W ODDZIALE KLINICZNYM PSYCHIATRII DOROSŁYCH, DZIECI I MŁODZIEŻY SZPITALA UNIWERSYTECKIEGO W KRAKOWIE

1. Zawód: .....
2. Miejsce zatrudnienia: .....
3. Cel stażu : .....
4. nazwa ukończonego lub trwającego kursu, przez kogo był organizowany, nazwisko superwizora  
(w wypadku osób starających się o certyfikat ) .....
5. Konkretny oddział, odcinek lub poradnia na którym planowany jest staż: .....
6. Termin stażu .....Ilość dni:.....

.....  
*Podpis stażysty*

.....  
*Podpis opiekuna*

**Opłata za staż** .....

.....  
*Podpis Kierownika OKPDDiM*