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 UNOIWERSYTECKIEGO W KRAKOWIE**

1. Zawód: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. Miejsce zatrudnienia: ………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Cel stażu : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. nazwa ukończonego lub trwającego kursu, przez kogo był organizowany, nazwisko superwizora

 (w wypadku osób starających się o certyfikat ) ……………………………………………………………………………………….

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Konkretny oddział, odcinek lub poradnia na którym planowany jest staż: ………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Termin stażu ………………………………………..………………………Ilość dni:…………………………………………………………..

………………………………………………….

*Podpis stażysty*

…………………………………………………………

*Podpis opiekuna*

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Opłata za staż** …………………………………

 ………………………………………………………… *Podpis Kierownika OKPDDiM*