

Łódź, dnia.....

Imię i nazwisko:.....

Dane kontaktowe:.....

Dyrektor

**Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego
Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi**

Wniosek o przyjęcie na wolontariat

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie na wolontariat w:.....

.....

(nazwa oddziału/komórki organizacyjnej)

w terminie od..... do..... Jestem studentem/ką roku

Wydziału.....

Deklaruję wypracowaniegodzin miesięcznie.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych w związku z realizacją porozumienia o wolontariacie.

.....
(podpis wnioskującego)

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na odbycie wolontariatu:

Wskazuję jako opiekuna wolontariat.....

.....
(podpis kierownika oddziału/komórki organizacyjnej)

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na odbycie wolontariatu:

.....
(podpis Dyrektora Szpitala Kopernika w Łodzi)

*niepotrzebne skreślić