

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.....Kierunek: .....

Deklaruję wypracowanie ..... godzin miesięcznie, na stanowisku.....

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