……………………………………………………………………..

pieczęć nagłówkowa jednostki

**ZAŚWIADCZENIE O ODBYCIU WOLONTARIATU**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko studenta, rok studiów, kierunek |
|  |
| Jednostka / podmiot  leczniczy / stacja sanitarno-epidemiologiczna / apteka |
|  |
| Wymiar pracy wykonanej przez studenta w charakterze wolontariatu (okres, l. godzin/dzień) |
|  |
| Zakres wykonanej pracy przez studenta (opis) |
|  |

………………………………………………………………..

data, pieczęć i podpis opiekuna z ramienia jednostki