Zał. do Umowy o wolontariat

………………………………………

pieczęć nagłówkowa jednostki (Korzystającego)

**ZAŚWIADCZENIE O WYKONANIU ŚWIADCZEŃ PRZEZ WOLONTARIUSZA**

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 23 października 2020r. zmieniającego rozporządzenie *w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego* (Dz.U. z 2020 r., poz. 1881) w związku z podpisaną umową o wolontariat zaświadczam co następuje:

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko studenta, nr albumu, rok studiów, kierunek |
|  |
| Rok akademicki |
|  |
| Jednostka: podmiot  leczniczy (oraz oddział) / służby sanitarno-epidemiologiczne |
|  |
| Liczba godzin czynności wykonanych przez studenta w charakterze wolontariatu: okres, l. godzin/dni (dzień=6h) |
|  |
| Zakres wykonanej pracy przez studenta/ Charakter wykonywanych czynności (opis) |
|  |

………………………………………………………………..

data, pieczęć i podpis opiekuna z ramienia jednostki (Korzystającego)