

OŚWIADCZENIE

W sprawie wyrażenia zgody na pracę osoby niepełnoletniej w charakterze wolontariusza oraz udziału tejże osoby na zasadach przewidzianych dla osób pełnoletnich w wykonywaniu świadczeń/ udzielania pomocy/ w UDSK na zasadach wolontariatu

My niżej podpisani:

Ojciec*: Nazwisko i imię

Nr i seria dow. osob.

Adres zam.

Matka*: Nazwisko i imię

Nr i seria dow. osob.

Adres zam.

Po zapoznaniu się z warunkami wolontariatu w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu
Klinicznym im. L. Zamenhofs w Białymstoku tj. wykonywanie obowiązków/ zadań/pracy

.....
(rodzaj pracy/ świadczeń/ pomocy w zakresie.....)

wyrażamy zgodę na pracę naszego dziecka:

Nazwisko i imię

Data urodzenia

od do

w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym im. L. Zamenhofs w Białymstoku w

.....
nazwa komórki organizacyjnej

w charakterze wolontariusza i wykonywanie prac:

.....
(miejsowość, data) (podpis ojca) ** (podpis matki)**

* Dotyczy również innych opiekunów prawnych

** Podpisy rodziców/opiekunów muszą być poświadczone np. w Dziale Prawnym UDSK