**I G A Z O L Á S**

**elvégzett önkéntes munkáról**

**I.-V. évfolyam számára**

Az önkéntes munka helyszíne:

Klinika/Kórház: .................................................................................................................................,

Osztály: ..............................................................................................................................................,

Hallgató neve: ......................................................................................., évfolyama: .......................,

 anyja neve: .................................................................., születési dátuma: .........................,

Fent nevezett intézmény képviselőjeként igazolom, hogy nevezett hallgató 2020. ..............-tól 2020. ...................-ig, napi ............... órában önkéntes munkát végzett.

Az önkéntes munka keretében végzett tevékenység rövid leírása:

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Dátum: .....................................

 Igazoló olvasható neve: ..........................................................

 titulusa: ................….....................................

 aláírása: .......................................................

 *Intézményi pecsét helye:*

 **Illetékes oktatási szervezeti egység vezetőjének javaslata:**

(*A megfelelő rész aláhúzandó*!)

Javaslom fent igazolt önkéntes munka Ápolástan vagy Belgyógyászat vagy Sebészet nyári gyakorlatba, vagy Mentőgyakorlatba (V. évfolyamos hallgató esetén) történő beszámítását ............ héttel.

Egyéb megjegyzés, javaslat:

 Dátum: .....................................

 P.h. aláírás: .......................................................

 **Dékáni döntés:**

1) A fenti javaslat szerinti beszámítást támogatom.

2) A fenti javaslatot az alábbi módosítással támogatom: …………………………………..........

…………………………………………………………………………………………………..

 Dátum: ...................................

 P.h. aláírás: .......................................................