

Wodzisław Śl, dn.

.....
Imię i nazwisko ucznia/studenta

.....
.....
Nazwa Szkoły/Uczelni

.....
Kierunek, rok

.....
Nr kontaktowy

**Do Dyrekcji
Powiatowego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rydułtowach
i Wodzisławiu Śląskim z siedzibą
w Wodzisławiu Śląskim**

Podanie o przyjęcie na praktykę

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia praktyk zawodowych

w
(nazwa oddziału / komórki)

w terminie w ilości

godzin dydaktycznych.

.....
(podpis ucznia/studenta)

Zgoda opiekuna praktyki

.....
(podpis i pieczęć)