

.....
Imię i nazwisko ucznia/studenta

Wodzisław Śląski, dnia.....

.....

.....
Nazwa Szkoły/Uczelni

.....
Kierunek, rok

.....
Nr kontaktowy

**Do Dyrekcji
Szpitala Powiatowego
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 studentki /studenta)

Zgoda opiekuna praktyki

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody
na odbycie praktyki przez studentkę / studenta
**Dyrektor Naczelny
dr Cezary Tomiczek**

.....
(podpis i pieczętka)

.....
(podpis i pieczętka)