

.....
nazwisko i imię studenta

.....
miejsowość, data

.....
adres stałego zamieszkania

.....
nazwa uczelni

.....
rok studiów / kierunek / wydział

.....
Nr telefonu / e-mail

Podanie o wyrażenie zgody na odbycie praktyki

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie praktyki w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Wieluniu w terminie..... ilość tygodni..... ilość godzin zegarowych

.....
podpis studenta

Istnieje możliwość odbycia praktyki w dziale / oddziale szpitala SPZOZ w Wieluniu w terminie od do

.....
podpis opiekuna praktyki

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki.

.....
data, podpis Dyrektora
lub osoby upoważnionej