**WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA ODBYCIE PRAKTYK ZAWODOWYCH**

………………………………………………………………

(miejscowość, data)

Imię i nazwisko:…………………………………………………………….

Nr albumu:……………………………………………………………………

Nr tel.: ………………………………………………………………………….

Do Dyrektora/Prezesa/Kierownika………………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko)

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

 (nazwa placówki)

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

 (adres placówki)

 Zwracam się z uprzejmą prośbą o możliwość odbycia bezpłatnych praktyk zawodowych z

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 (moduł/ liczba godzin)

………………………………………………………………………………………

(proponowany termin odbywania praktyk)

Jestem studentem/ studentką……………………..roku Wydziału Medycznego i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Kaliskiego im. Stanisława Wojciechowskiego, na kierunku…………………………………………………………………………………..

Z poważaniem………………………………………

 Zgada tak/nie

Podpis Dyrektora…………………………………..........