**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…………………………………..........