

# WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA ODBYCIE PRAKTYK ZAWODOWYCH

Imię i nazwisko:.....  
.....  
(miejsowość, data)

Adres:.....

.....

Nr tel.: .....

Do Dyrektora.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(nazwa placówki, adres)

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

.....  
(nazwa oddziału/ przedmiot/ liczba godzin)

.....  
(proponowany termin odbywania praktyk)

Jestem studentem/ studentką.....roku Wydziału Medyczno-Społeczno-Technicznego  
Uniwersytetu Kaliskiego im. Stanisława Wojciechowskiego

na kierunku Pielęgniarstwo

Z poważaniem.....

Zgoda tak/nie

Podpis Dyrektora.....