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

………………………………………………………………

(miejscowość, data)

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

Nr albumu:…………………………………………………………………..

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

Do Dyrektora/ Właściciela ………………………………………………………..

 (imię i nazwisko)

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

 (nazwa placówki)

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

 (adres placówki)

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

……………………………………………………………

(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/ Właściciela…………………………………..........

 Zgoda tak/nie

Podpis Uczelnianego opiekuna praktyk………………………………