

WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA ODBYCIE PRAKTYK ZAWODOWYCH

Imię i nazwisko:.....
Adres:.....
.....
Nr tel.:

.....
(miejsowość, data)

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.....