

.....
imię i nazwisko
.....
adres zamieszkania
.....
numer telefonu
.....
adres e-mailowy
.....
nazwa Uczelni, Wydział, Kierunek

Piła, data:

Sz.P.

**Wojciech Szafrąński
DYREKTOR
Szpitala Specjalistycznego
w Pile
im. Stanisława Staszica**

Podanie o przyjęcie na praktykę zawodową

Zwracam się uprzejmie z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej w zakresie

..... W
(np. praktyka pielęgniarska) (komórka organizacyjna Szpitala)

w okresie od do w wymiarze
(liczba godzin zegarowych)

według programu praktyk stanowiącego załącznik do niniejszego podania.

Uzasadnienie

.....
.....
.....

.....
Podpis

Wymagane Porozumienie z uczelnią TAK NIE
(wyraźnie zaznaczyć jedno z pól znakiem X)

zgoda właściwego Kierownika/Ordynatora/Pielęgniarki Oddziałowej:

na opiekuna wyznaczam:

załączniki:

- kserokopia polisy OC/NNW lub zaświadczenie o posiadaniu tych polis
- zaświadczenie o byciu studentem/-studentką
- program praktyk / zajęć praktycznych i in.
- zaświadczenie lekarskie

Wyrażam zgodę

.....
(data, czytelna pieczęć nagłówkowa i imienna z podpisem Dyrektora lub osoby upoważnionej, z którą powinna być zawarte porozumienie)