

Wrocław, dnia

Imię i nazwisko

.....

ul.

.....

nr tel.....

e-mail.....

DYREKTOR NACZELNY
Piotr Pobrotyn
Uniwersytecki Szpital Kliniczny
im. Jana Mikulicza-Radeckiego

Podanie

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia praktyk studentkich*/zawodowych* z zakresu

.....w Klinice/Poradni/Dziale.....,

w terminie od..... do (.....godz.).

Jestem Studentem*/Słuchaczem*.....

.....

w na kierunku.....

studia stacjonarne*/niestacjonarne*

Z poważaniem

Akceptuję termin praktyk:

.....
/podpis Pielęgniarki Oddziałowej*/

.....
/podpis Kierownika Kliniki/*
Kierownika Działu*/

Opinia Z-cy Dyrektora w Pionie

.....

* niepotrzebne skreślić