

Załącznik Nr 1a do Regulaminu praktyk
studenckich/zawodowych
w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym

Wrocław, dnia
Imię i nazwisko
.....
ul.
.....
nr tel.....
e-mail.....

DYREKTOR NACZELNY
Jakub Berezowski
Uniwersytecki Szpital Kliniczny
im. Jana Mikulicza-Radeckiego

Podanie

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia praktyk studenckich*/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

.....