

....., dnia

(nazwisko i imię)

.....
(adres)

.....
(nr telefonu / e-mail)

.....
(nazwa uczelni)

.....
(wydział)

.....
(rok / kierunek)

.....

**Do Dyrektora
Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego
im. Najświętszej Maryi Panny
w Częstochowie**

Podanie o przyjęcie na praktykę

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki studenckiej/zawodowej w

..... w okresie od do
(komórka organizacyjna)

w wymiarze godzin. (..... dni).

.....
(data)

.....
(podpis Praktykanta)

Wnioskowany opiekun praktyki:

.....
(nazwisko i imię - stanowisko)

.....
(podpis opiekuna praktyki)

Wypełnia W.Sz.S. w Częstochowie

Zatwierdzam opiekuna

.....
(właściwy Zastępca Dyrektora)

.....
Zgoda Dyrektora Szpitala