

Miastko, dnia

.....
Imię Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Adres e-mail/fax

.....
Nr telefonu

.....
Uczelnia kierująca/ Szkoła

.....
Wydział/ Rok studiów

PODANIE O PRZYJĘCIE NA PRAKTYKĘ STUDENCKĄ/ZAWODOWĄ

Zwracam się z prośbą o umożliwienie mi odbycia praktyk studenckich/zawodowych/zajęć praktycznych lub innych form kształcenia* w Szpitalu Miejskim w Miastku Sp. z o.o. z zakresu.....

W

(nazwa komórki organizacyjnej/ Oddziału Szpitala)

w terminie od dnia do dnia

Wymiar godzinowy zajęć praktycznych wynosi

.....
(podpis osoby ubiegającej się o praktykę)

Wyrażam zgodę/ Brak zgody*

AKCEPTUJĘ:

.....
(podpis kierownika komórki org.)

.....
(podpis Prezesa Zarządu)

Na opiekuna praktyki / stażu wyznaczono:

*niepotrzebne skreślić

