

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

Piła, data: .....

**Sz.P.**

**Grzegorz Sieńczewski  
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**

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

Wymagane Porozumienie z uczelnią    TAK     NIE

(wyraźnie zaznaczyć jedno z pól znakiem X)

.....  
Podpis

zgoda właściwego Kierownika/Ordynatora/Pielęgniarki Naczelnej/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)