

Nowy Sącz, dn.

.....
imię i nazwisko

.....
Adres/tel.

.....
Uczelnia / kierunek

.....
Rok studiów

**Dyrekcja
Szpitala Specjalistycznego
im. J Śniadeckiego
w Nowym Sączu
ul. Młyńska 10
33-300 Nowy Sącz**

Podanie o przyjęcie na praktykę

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

..... **W**

(np. praktyka pielęgniarska / fizjoterapii, itp.)

(komórka organizacyjna)

w okresie od do w wymiarze godzin, według programu praktyk stanowiącego załącznik do niniejszego podania.

Uzasadnienie

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

.....
podpis

Zgoda Lekarza Kierującego Oddziałem* lub Piel. Oddziałowej** :

Załączniki :

- 1) Program praktyk / zajęć praktycznych
- 2) Kserokopia polisy NNW i OC
- 3) Imienne skierowanie z uczelni/jednostki kierującej

*dotyczy praktyk lekarskich po II, III, IV i V roku, a także dietetyki i fizjoterapii

**dotyczy praktyk po I roku kierunek lekarski i lekarsko – dentystyczny