



Wniosek o przyjęcie na praktykę zawodową/studencką

Numer

..... /

Data

Hajnówka, dn.

.....
imię i nazwisko.....
adres/tel......
uczelnia, kierunek/szkoła.....
rok studiów/klasa

**Do Dyrekcji
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Hajnówce**

Wniosek o przyjęcie na praktykę zawodową/studencką

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

(np. praktyka pielęgnarska/lekarska, itp.)

w

(komórka organizacyjna/oddział)

w okresie od do w wymiarzegodzin.

.....
(podpis ucznia/studenta)

Akceptacja oraz wyznaczenie opiekuna praktyk:

Decyzja Dyrektora Zakładu/osoby upoważnionej:

- wyrażam zgodę na odbycie praktyki zawodowej/studenckiej
 nie wyrażam zgody na odbycie praktyki zawodowej/studenckiej.

Na opiekuna praktyk wyznaczam:

.....
(podpis opiekuna praktyk).....
(podpis Dyrektora Zakładu/osoby upoważnionej)