

.....

(imię i nazwisko)

Krosno, .....

.....

(adres)

.....

(telefon)

Dyrekcja  
Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego  
im. Jana Pawła II w Krośnie

## PODANIE

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia bezpłatnej praktyki zawodowej w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie.

Jestem studentem/ką/ ..... roku Wydziału .....

na .....  
(nazwa uczelni / szkoły)

Praktykę chciałbym / chciałabym odbywać w:

1. ....  
(nazwa działu / oddziału / zakładu / pracowni)

w terminie ..... w ilości ..... godzin

2. ....  
(nazwa działu / oddziału / zakładu / pracowni)

w terminie ..... w ilości ..... godzin

.....  
(podpis studenta)

---

**wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody**

.....  
(podpis Dyrektora)