

Krosno,

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(e-mail)

.....
(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.

Uczelnia:

Wydział:

Kierunek studiów:

Rok studiów: Nr legitymacji studenckiej

Zakres praktyki:

Miejsce/a odbywania praktyki:

| | | | |
|---|--------------------------------------|--------------|-------|
| 1 | | | |
| | dział / oddział / zakład / pracownia | | |
| | | | |
| | termin | ilość godzin | |

| | | | |
|---|--------------------------------------|--------------|-------|
| 2 | | | |
| | dział / oddział / zakład / pracownia | | |
| | | | |
| | termin | ilość godzin | |

.....
(podpis studenta)

.....
(zgoda Dyrektora)