

Wrocław, dnia

Nazwa Podmiotu prowadzącego kształcenie/Uczelni:

.....

ul.

.....

nr tel.....

e-mail.....

DYREKTOR NACZELNY
Piotr Pobrotyn
Uniwersytecki Szpital Kliniczny
im. Jana Mikulicza-Radeckiego

Podanie

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia praktyk studentkich*/zawodowych* z zakresu

.....w

Klinice/Poradni/Działa

.....,

w

terminie

od..... do

(liczba osób...../ liczba godzin.....).

Z poważaniem

.....

/podpis/

Akceptuję termin praktyk:

.....

/podpis Pielęgniarki Oddziałowej*/

.....

/podpis Kierownika Kliniki/*

Kierownika Działu*/

Opinia Z-cy Dyrektora w Pionie

.....

* niepotrzebne skreślić