

....., dnia.....

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

e-mail:

Numer telefonu:

**Szpital Specjalistyczny
im. J. K. Łukowicza w Chojnicach
ul. Leśna 10
89-600 Chojnice**

WNIOSEK O PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie na praktykę w:

.....
(nazwa Oddziału / Zakładu / Działu)

w okresie od r. do r. w wymiarze godzin.

Jestem studentką/em / słuchaczką/em* roku.
(nazwa kierunku oraz Uczelni / Szkoły)

.....
(podpis osoby składającej wniosek)

Decyzja Ordynatora/Kierownika:

- ☐ **zgoda**
☐ **brak zgody**

.....
(podpis)

Decyzja Dyrektora:

- ☐ **zgoda**
☐ **brak zgody**

.....
(podpis)