

Krosno, .....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(telefon)

Dyrekcja  
Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego  
im. Jana Pawła II w Krośnie

### P O D A N I E

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: .....

Zakres praktyki: .....

Miejsce/a odbywania praktyki:

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

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

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

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

.....  
(podpis studenta)

.....  
(zgoda opiekuna praktyki)

**wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody**

.....  
(podpis Dyrektora)