

WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA ODBYCIĘ WAKACYJNEJ PRAKTYKI STUDENCKIEJ

Warszawa, dnia.....

.....
Imię, nazwisko

.....
Adres korespondencyjny

.....
Nr telefonu

**Dyrektor
Samodzielnego Zespołu Publicznych
Zakładów Lecznictwa Otwartego
Warszawa Praga Południe**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgodny na odbycie wakacyjnych praktyk studenckich

w zakresie.....W.....

(jednostka/ komórka organizacyjna)

w terminie od dnia.....do dnia.....

UZASADNIENIE

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Opiekun merytoryczny

.....

Akceptuję

.....

(podpis kierownika jednostki/ komórki organizacyjnej właściwej
ze względu na prowadzenie praktyk)

AKCEPTUJĘ/ NIE AKCEPTUJĘ*

.....

(podpis Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa)

.....

(podpis Dyrektora)

*niewłaściwe skreślić