**Załącznik Nr 1**

**WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA ODBYCIE STAŻU/PRAKTYKI**

Warszawa, dnia …………………….

……………………………….......................... Imię i nazwisko

……………………………..………………………… Adres korespondencyjny

……………………………………………….. Telefon

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

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu / praktyki w zakresie

…………………………………………………………… w ………………………………………………………………..

(komórka organizacyjna, jednostka organizacyjna)

w terminie od dnia …………………………………………. r. do dnia …………………………………… r.

**UZASADNIENIE**

………………………………………………………………………………………………………………..………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………….…………….………

………………………………………….

Podpis

**OPIEKUN MERYTORYCZNY**

……………………………………………………………………………………………….

**AKCEPTUJĘ**

……………………………………………………………..

(podpis kierownika komórki/jednostki właściwej

ze względu na prowadzenie praktyki/stażu)

**AKCEPTUJĘ**

………………………………………………………… …………………………………………

(podpis Dyrektora ds. Lecznictwa) (podpis Dyrektora)