

.....
Imię i nazwisko studenta

.....
Miejscowość, data

.....
Kierunek, rok i forma studiów

.....
Telefon kontaktowy

.....
.....

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej z (wpisać nazwę praktyki) w wymiarze (ilość godzin praktyki), w terminie od.....do.....

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

(uzasadnienie prośby studenta)

Z poważaniem,

Pieczęć ośrodka
lub dokładne dane - nazwa ośrodka i adres

.....
Miejscowość, data

Pan/Pani

.....
(imię i nazwisko studenta)

Zgoda na odbycie praktyki zawodowej

W odpowiedzi na Pana/Pani prośbę, wyrażam zgodę na odbycie praktyki zawodowej na kierunku: **Ratownictwo Medyczne**, (wpisać nazwę praktyki), w wymiarze (ilość godzin dydaktycznych praktyki) w terminie od.....do..... (dzień, miesiąc, rok)

Na opiekuna praktyki wyznaczam Pana/Panią
Wskazany opiekun spełnia wymagania (3 lata pracy w zawodzie): TAK / NIE
Jednocześnie oświadczam, że praktyka kliniczna będzie realizowana w.....(oddział/jednostka).

.....
pieczęć, podpis osoby upoważnionej