………………………, dnia …………………..

………..................................

(nazwisko i imię)

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

(adres zamieszkania)

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

(numer telefonu)

**Dyrektor Szpitala Powiatowego w Radomsku**

**ul. Jagiellońska 36**

**97-500 Radomsko**

Wniosek o odbywanie Kształcenia Praktycznego

w Szpitalu Powiatowym w Radomsku

Zwracam się z prośbą o umożliwienie mi odbycia w Szpitalu Powiatowym w Radomsku[[1]](#footnote-1):

Wakacyjnych Praktyk Studenckich lub Zawodowych – praktyki studenckie lub zawodowe realizowane zgodne z programem studiów lub programem praktyk zawodowych i realizowane wyłącznie w okresie lipiec – wrzesień dla praktyk studenckich albo lipiec – sierpień dla praktyk zawodowych;

Pozostałych Praktyk Studenckich lub Zawodowych – inne formy kształcenia niż stanowiące Wakacyjną Praktykę Zawodową lub praktyki studenckie lub zawodowe realizowane w innym okresie niż Wakacyjna Praktyka Zawodowa, które będą realizowane zgodnie z programem studiów lub programem praktyk zawodowych.

**Jestem Uczniem/Studentem[[2]](#footnote-2) :**

Nazwa Szkoły/Uczelni ……………………………………………………..…… Adres Szkoły / Uczelni …….……..........................................................................

Wydział: ………………………………………………………….

Kierunek: …………………………………………………………. Klasa/ Rok studiów ………………………………………………………….

**Praktykę chciałbym / chciałabym odbywać w:**

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

(nazwa jednostki organizacyjnej Szpitala) (dokładny termin)

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

(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (dokładny termin)

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

(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (dokładny termin)

Oświadczam, że:

zapoznałem się z Regulaminem Kształcenia Praktycznego odbywanego w Szpitalu Powiatowym w Radomsku i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

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

**(**podpis)

# Potwierdzenie miejsca i terminu praktyki:

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

(podpis pracownika dokonującego uzgodnień)

# Potwierdzenie zawarcia Porozumienia/Umowy z Uczelnią:

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

(podpis pracownika dokonującego uzgodnień)

# Wyrażam / nie wyrażam[[3]](#footnote-3) zgody na odbycie praktyki

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

(podpis Dyrektora)

1. Zakreślić wybrany prostokąt [↑](#footnote-ref-1)
2. Skreślić niewłaściwe [↑](#footnote-ref-2)
3. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-3)