

.....  
(nazwisko i imię)

Sanok, dnia.....

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(numer telefonu, e-mail)

Dyrekcja  
Szpitala SPZOZ w Sanoku  
ul. 800-lecia 26  
38-500 Sanok

## **P O D A N I E**

Zwracam się z prośbą o umożliwienie mi odbycia praktyk zawodowych w Szpitalu Specjalistycznym SPZOZ w Sanoku.

Jestem studentem /ką/ ..... roku Wydziału.....  
na..... W .....  
(nazwa uczelni- szkoły) (miejsowość)

Praktykę chciałbym / chciałybym odbywać w:

1. ....w terminie..... w ilości ..... godzin  
(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (dokładny termin)
- \*2 .....w terminie..... w ilości ..... godzin  
(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (dokładny termin)

Wyrażam / nie wyrażam zgody na odbycie

.....  
(podpis Opiekuna)

.....  
(podpis)

**Wyrażam / nie wyrażam zgody na odbycie praktyki**

.....  
(podpis Dyrektora)

\* wypełnia się tylko w przypadku konieczności odbycia praktyki w dwóch działach lub oddziałach szpitalnych.