

.....
(miejscowość i data)

Imię i nazwisko:

Adres:

.....

Tel. kont.:

Adres e-mail:

PESEL:

Nr dowodu osobistego:

**Dyrektor
SP ZOZ MSWiA z W-MCO
w Olsztynie**

**Podanie o wyrażenie zgody na odbycie praktyk studenckich
w SP ZOZ MSWiA z W-MCO w Olsztynie**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o możliwość odbycia praktyki studenckiej
w

(nazwa oddziału)

z zakresu

w SP ZOZ MSWiA z W-MCO w Olsztynie w terminie od do.....

Jestem studentem/studentką

(nazwa uczelni) (rok)

na kierunku na wydziale

.....

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

.....
ZGODA OPIEKUNA PRAKTYK

(podpis z datą, termin)