

Katowice, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(nr tel.)

.....
(e-mail)

**Dyrektor
Centrum Psychiatrii
w Katowicach**

**WNIOSEK
W SPRAWIE ODBYCIA PRAKTYKI STUDENCKIEJ**
w Centrum Psychiatrii w Katowicach

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki studenckiej w

.....
(nazwa komórki organizacyjnej, w której będzie odbywana praktyka)

w terminie od do w ilości dni:

w ramach realizacji programu studiów w:

.....
(nazwa podmiotu szkolącego)

na kierunkuukończony semestr

(podpis wnioskodawcy)

Potwierdzam możliwość odbycia praktyki

.....
(data, podpis i pieczęć Kierownika komórki organizacyjnej)

Potwierdzam przyjęcie obowiązków Opiekuna praktyki

.....
(data, podpis i pieczęć Opiekuna stażu)

zgoda Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa

.....
(, podpis i pieczęć Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa)

DECYZJA DYREKTORA SZPITALA
Zgoda / brak zgody*

*- niepotrzebne skreślić