

....., dnia

(imię i nazwisko)

(nr telefonu/e-mail)

(nazwa uczelni)

(wydział)

(rok/kierunek)

DYREKTOR

Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego

im. prof. K. Gibińskiego

Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

w Katowicach

PODANIE O PRZYJĘCIE NA PRAKTYKĘ

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia praktyk studenckich w zakresie:

.....
(nazwa oddziału/zakładu/ działu)

w lokalizacji:

1) przy ul. Ceglanej 35

2) przy ul. Medyków 14

w terminie..... w ilości.....godzin
(dydaktycznych)

.....
(data i podpis Studenta)

Akceptacja Opiekuna
Praktyki*

Zgoda Dyrektora
lub upoważnionego Z-cy Dyrektora

.....
(data /podpis/pieczątka)

.....
(podpis/pieczątka)

KRS: 0000049660
Księga rej.: 000000018597

*Akceptuję i zobowiązuje się do przeprowadzenia instruktażu stanowiskowego dla Studenta.