Chorzów, dnia ....................................

…………………………….……………….

(nazwisko i imię studenta/ucznia)

……………………………………….………….

(pełna nazwa uczelni/szkoły)

…………………………………….…………….

(kierunek studiów, rok)

Podanie

o wyrażenie zgody na realizację praktyki

**Dyrektor**

**SP ZOZ Zespołu Szpitali Miejskich**

**w Chorzowie**

**ul. Strzelców Bytomskich 11**

**41-500 Chorzów**

Zwracam się z prośbą o udzielenie zgody na odbywanie praktyki

w ...................................................................................................................................

(nazwa komórki organizacyjnej, w której realizowana będzie praktyka)

w zakresie ……………………………………………………………………………………..

w okresie .......................................................................................................................

(proponowany termin odbycia praktyki)

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

(podpis studenta/ucznia)

WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY

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

(podpis i pieczęć kierownika komórki organizacyjnej ZSM,

w której student/uczeń ma odbywać praktykę)