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)