Bełżyce, dnia …....................................

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

(nazwisko i imię)

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

(adres zamieszkania)

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

(numer telefonu lub e-mail)

**Do Dyrekcji**

**SP ZOZ Nr 1 w Bełżycach**

**ul. Przemysłowa 44**

**24-200 Bełżyce**

**P** **O** **D** **A** **N** **I** **E**

Zwracam się z prośbą o umożliwienie mi odbycia bezpłatnych praktyk studenckich w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Bełżycach.

Jestem studentem /ką/ ........... roku Wydziału…….……....................................................

na................................................................................................ w ...................................................

(nazwa uczelni- szkoły) (miejscowość)

Praktykę chciałbym / chciałabym odbywać w:

1. .................................................................. w terminie.................................. w ilości godzin

(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (dokładny termin)

\*2 .................................................................... w terminie.................................... w ilości godzin

(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (dokładny termin)

*Wyrażam* */nie* *wyrażam* *zgody* *na* *odbycie*

**........................................................................**

(podpis Opiekuna)

….........................................

**(**podpis studenta)

***Wyrażam*** ***/*** ***nie*** ***wyrażam*** ***zgody*** ***na*** ***odbycie*** ***praktyki***

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

(podpis Dyrektora)

\* wypełnia się tylko w przypadku konieczności odbycia praktyki w dwóch działach lub oddziałach szpitalnych.

**Obowiązkowo Studenci powinni posiadać:**

1. Skierowanie z uczelni /umowę.
2. Dokumenty potwierdzające ubezpieczenie NNW na okres trwania praktyk.
3. Aktualną książeczkę do celów sanitarno-epidemiologicznych z aktualnymi badaniami.
4. Udokumentowane szczepienie przeciwko WZW typu B.