UNIWERSYTET Kielce, dnia……………………

 Jana Kochanowskiego w Kielcach

 Instytut Nauk o Zdrowiu

25-316 Kielce, al. IX Wieków Kielc 19a

 tel. 41/349-69-11

…………………………………………….

 (miejsce na pieczęć Instytutu)

#  Sz. Pani/Pan

………………………………………..

………………………………………..

………………………………………..

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie na studencką praktykę zawodową …………......godzin, ………………………………………………………….…………………………. ……………….……………………………………………………………………………………………

(liczba godzin, miejsce)

Panią /Pana/……………………………………………..…….., Studenta/Studentkę ……..….……roku

(Imię i nazwisko studenta)

studiów …………… stopnia na kierunku ………………………….. studia niestacjonarne/stacjonarne, Collegium Medicum Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach.

Proszę jednocześnie o wyznaczenie spośród pracowników opiekuna praktyki.

Cel i zakres praktyki określa regulamin znajdujący się w Dzienniku Praktyk Studenckich.

Proszę o przychylne ustosunkowanie się do naszej prośby i umożliwienie odbycia praktyki przez naszego studenta na podanych w Dzienniku Praktyk Studenckich zasadach oraz z zachowaniem warunków bezpieczeństwa zgodnie z aktualnymi przepisami i wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego.

Z wyrazami szacunku

 OPIEKUN PRAKTYK

 *mgr Daria Szmalec*

Wyrażam zgodę:

……………………………………………

 (podpis osoby upoważnionej)

**\*właściwe podkreślić**