

UNIWERSYTET
Jana Kochanowskiego w Kielcach
Instytut Nauk Medycznych
25-516 Kielce, al. IX Wieków Kielc 19a
tel. 41/349-69-70

Kielce, dnia.....

.....
(miejsce na pieczęć Instytutu)

Sz. Pani/Pan

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

(Imię i nazwisko dyrektora, nazwa placówki z adresem)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie na studencką praktykę zawodową

.....
(liczba godzin, miejsce/oddział)

Panią /Pana....., Studenta/Studentkę 5 roku
(Imię i nazwisko studenta)
studiów jednolitych magisterskich na *kierunku lekarskim* studia nie/stacjonarne, Collegium Medicum
Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach.

Proszę jednocześnie o wyznaczenie spośród pracowników opiekuna praktyki.

Cel i zakres praktyki określa Instytutowy regulamin praktyk wakacyjnych na kierunku lekarskim na
Collegium Medicum UJK w Kielcach, ramowy program praktyki wakacyjnej.

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

Z wyrazami szacunku

Opiekun Praktyk

lek. med. Paweł Zieliński

Wyrażam zgodę:

.....
(podpis osoby upoważnionej)