

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 3 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. Jakub Spalek*

Wyrażam zgodę:

.....  
(podpis osoby upoważnionej)