

Łódź, dnia.....

Imię i nazwisko ucznia/studenta:.....

Dane kontaktowe ucznia/studenta:.....

Nazwa Szkoły/Uczelni:.....

Wydział:.....

Kierunek/specjalizacja:.....

Rok studiów:.....

Dane kontaktowe Koordynatora Praktyk:.....

.....

Dyrektor

Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego

Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

Wniosek o przyjęcie na praktyki

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie na praktyki w:.....

.....
(nazwa oddziału/komórki organizacyjnej)

w okresie od:.....do.....

Liczba godzin objętych praktyką:.....

.....

(podpis wnioskującego)

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na odbycie praktyk:

Wskazuję jako opiekuna praktyk

.....

(podpis i pieczęć kierownika oddziału/komórki organizacyjnej)

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na odbycie praktyk:

.....

(podpis Dyrektora Szpitala Kopernika w Łodzi)

*niepotrzebne skreślić