

.....
Nazwisko i imię studenta

.....
Miejscowość i data

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr telefonu

**Pan Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Świdnicy**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie na niepłatną praktykę studencką. Jestem

studentem
(Nazwa uczelni, Szkoły)

kierunek, rok

Obowiązują mnie praktyki w oddziałach:

(zgoda)

1. Oddział ilość godzin:

pieczętka i podpis Lekarza
kierującego oddziałem

Proponowany termin odbycia praktyki

2. Oddział ilość godzin:

pieczętka i podpis Lekarza
kierującego oddziałem

Proponowany termin odbycia praktyki

3. Oddział ilość godzin:

pieczętka i podpis Lekarza
kierującego oddziałem

Proponowany termin odbycia praktyki

Oświadczam, że przed podjęciem praktyki zobowiązuję się do odbycia szkolenia BHP i PPOŻ oraz dostarczenia ich potwierdzenia i wymaganych dokumentów do Naczelnej Pielęgniarki. Zostałam (em) poinformowana (y) o obowiązku właściwego przygotowania rąk tj. paznokcie naturalne, krótkie, dłonie i nadgarstki bez biżuterii.

.....
(podpis studenta)