

Załącznik nr 1

Mińsk Mazowiecki, dnia

PODANIE

**o wyrażenie zgody na odbycie studenckiej praktyki zawodowej
w roku akademickim**

Imię i nazwisko studenta.....

Kierunek studiów.....

Specjalność

System studiów: stacjonarny/**niestacjonarny***

Telefon kontaktowy.....e- mail

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej w SPZOZ Mińsk Mazowiecki, ul. Szpitalna 37, w którym realizowana będzie praktyka zawodowa.....

(nazwa komórki organizacyjnej)

w okresie od dnia do dnia..... Łączna liczba godzin.....

Opiekunem studenta w trakcie praktyk będzie:

Imię i nazwisko

Stanowisko

Decyzja Dyrektora SPZOZ Mińsk Mazowiecki

Wyrażam zgodę*/ nie wyrażam zgody*

.....

(podpis Dyrektora)

Wniosek należy wypełniać w sposób czytelny

Po uzyskaniu zgody na odbycie praktyki zobowiązuję się dostarczyć przed datą rozpoczęcia praktyki kserokopię polisy ubezpieczeniowej (NNW i OC) lub zaświadczenia wydanego przez Uczelnię (w przypadku ubezpieczenia grupowego wydawanego przez Uczelnię) oraz innych wymaganych dokumentów potwierdzających fakt ubezpieczenia studenta od następstw nieszczęśliwych wypadków na okres trwania praktyki.

.....

(podpis studenta)