Załącznik nr 1

Brodnica, dn. ……………………..…….……

……………………………………………..…

*imię i nazwisko*

……………………………………………..…

*adres do korespondencji*

………………………………….…..……..…

*c.d. adres do korespondencji*

……………………………………………..…

*nr telefonu*

……………………………………………..…

*e-mail*

**Dyrektor**

**Zespołu Opieki Zdrowotnej**

**SP Zakładu Opieki Zdrowotnej**

**w Brodnicy**

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie praktyk studenckich/ zajęć praktycznych w Zespole Opieki Zdrowotnej SP Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Brodnicy, w dziedzinie **1**

………………………………………….……...…… w Oddziale/ Poradni **2 :**

1. ………………………………………………………...……………………………………………………………………………………

2. ………………………………………………………...……………………………………………………………………………………

3. ………………………………………………………...……………………………………………………………………………………

w wymiarze godzin **3** : …………………….………. lekcyjnych/ zegarowych4.

Jestem studentką **5** …………………………………………………….…………………………...…………………………….…….

*nazwa uczelni/ szkoły*

…………………………………………………………………………………….……………………… roku …………………...……… .

*c.d. nazwa uczelni/ szkoły*

……………………………………………….…………

*czytelny podpis*

Wyjaśnienia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1**Wpisać zakres praktyk, np. lekarskie, pielęgniarskie, położnicze, ratownika medycznego, dietetyka, technika radiologia, …

**2** Wpisz oddział, poradnię bądź inną jednostkę wymaganą do realizacji praktyki.

**3** Uzupełnij ilość godzin praktyk.

4 Zaznacz rodzaj godzin.

**5** Wpisz nazwę uczelni.