

Zawiercie, dn. ....

.....  
(nazwisko i imię)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(nr kontaktowy)

.....  
(nazwa Uczelni)

.....  
(kierunek)

**Do Dyrekcji  
Szpitala Powiatowego  
w Zawierciu**

**WNIOSEK O MOŻLIWOŚĆ ODBYCIA PRAKTYK**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyk w Szpitalu Powiatowym w Zawierciu,  
w Oddziale/Dziale/Pracowni .....,  
w terminie od dnia ..... do dnia ..... , tj. .... dni roboczych,  
w ilości ..... godzin.

.....  
podpis wnioskodawcy

**Wyrażam zgodę**

.....  
podpis Kierownika danej komórki organizacyjnej/Pielęgniarki Oddziałowej

.....  
podpis Dyrektora lub osoby upoważnionej