…………………………………………………………… …………………………………………

 (imię i nazwisko) (miejscowość i data)

……………………………………………………………

 (adres)

……………………………………………………………

 (nr telefonu / e-mail)

……………………………………………………………

 (nazwa Uczelni/podmiotu szkolącego)

……………………………………………………………

 (wydział, rok / kierunek)

**Do Dyrekcji
Zagłębiowskiego Centrum Onkologii
Szpital Specjalistyczny im. Sz. Statkiewicza
w Dąbrowie Górniczej**

 **Podanie o przyjęcie na studenckie praktyki zawodowe/praktyczną
naukę zawodu/szkolenie praktyczne\***

Zwracam się z prośbą o umożliwienie mi odbycia praktyk zawodowych/szkolenia praktycznego\*

w ………………………………………………….…….............................................................................

 (nazwa oddziału / komórki organizacyjnej)

w terminie od ......................................... do .........................................., w ilości........................ godzin.

 …………………………………………………
 (data i podpis studenta/praktykanta)

**Wypełnia Lekarz Kierujący Oddziałem/Pielęgniarka Oddziałowa/Kierownik komórki organizacyjnej\*:**

Potwierdzam możliwości przyjęcia studenta na praktykę:

 ………………….…………………………
 (data i pieczątka i podpis)

**Wypełnia Sekcja Rozwoju Kadr:**

Wyliczenie opłaty (15,00 zł x ilość dni + 20,00 zł kosztów organizacyjnych): ……………………..….… = ………… zł

Potwierdzenie wpłaty (np. Nr KP, inne) …………………………………………………………………………………………………

**Zgoda Dyrekcji**

Wyrażam zgodę na odbycie studenckich praktyk zawodowych/praktycznej nauki zawodu/szkolenia praktycznego\* w uzgodnionym miejscu i terminie.

….……………………………….…

 Podpis Dyrektora
 lub osoby upoważnionej

***\*****niepotrzebne skreślić.*