



**Załącznik Nr 2
do Regulaminu**
**praktyk studenckich, praktyk zawodowych, zajęć praktycznych i innych form kształcenia zawodowego
w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu**

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

.....
(ulica, numer domu)

.....
(numer telefonu)

.....
(adres e-mail)

Do
Dyrektora Samodzielnego Publicznego
Szpitala Wojewódzkiego
im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu
ul. Aleje Jana Pawła II 10, 22-400 Zamość

Podanie

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie na praktykę

W:.....
(Komórka organizacyjna Szpitala)

w dniach: w wymiarze:
(Ilość godzin)

Jestem studentem/ucznem:

.....
(Nazwa uczelni lub szkoły, adres)

.....
(Kierunek, rok studiów)

.....
(Status prawny, tj. jednostka publiczna lub niepubliczna, kształcenie płatne lub bezpłatne)

Uzasadnienie:

.....
(podpis)