

UNIWERSYTET
Jana Kochanowskiego w Kielcach
Wydział Nauk o Zdrowiu
25-316 Kielce, al. IX Wieków Kielc 19a
tel. 41/349-69-11

Kielce, dnia.....

.....
(miejsce na pieczęć Instytutu)

Sz. Pani/Pan

.....
.....
.....

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie na studencką praktykę zawodową
.....godzin,
.....
(liczba godzin, miejsce)

Panią /Pana/....., Studenta/Studentkęroku
(Imię i nazwisko studenta)

studiów stopnia na kierunku **Kosmetologia** studia stacjonarne/niestacjonarne*,
Collegium Medicum Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach.

Proszę jednocześnie o wyznaczenie spośród pracowników opiekuna praktyki.

Cel i zakres praktyki określa regulamin znajdujący się w Dzienniku Praktyk Studenckich.

Proszę o przychylne ustosunkowanie się do naszej prośby i umożliwienie odbycia praktyki przez naszego studenta na podanych w Dzienniku Praktyk Studenckich zasadach oraz z zachowaniem warunków bezpieczeństwa zgodnie z aktualnymi przepisami i wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego.

Z wyrazami szacunku

OPIEKUN PRAKTYK

mgr Katarzyna Kulik-Siarek

Wyrażam zgodę:

.....
(podpis osoby upoważnionej)

***właściwe podkreślić**