

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/Studentkę .....roku  
(Imię i nazwisko studenta)

studiów **pierwszego stopnia** na kierunku **Położnictwo** studia **stacjonarne**, 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 Daria Szmałec**

Wyrażam zgodę:

.....  
(podpis osoby upoważnionej)

**\*właściwe podkreślić**