

UNIWERSYTET
Jana Kochanowskiego w Kielcach
Instytut Nauk o Zdrowiu
25-516 Kielce, al. IX Wieków Kielc 19a
tel. 41/349-69-89

....., dnia.....

.....
(miejsce na pieczęć Instytutu)

Sz. Pani/Pan

.....
.....
.....
.....
(Imię i nazwisko dyrektora, nazwa placówki z adresem)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie na studencką praktykę wakacyjną/śródroczną

.....
(liczba godzin, miejsce/oddział)

Panią /Pana....., Studenta/Studentkęroku
(Imię i nazwisko studenta)
studiów pierwszego stopnia na *kierunku Ratownictwa Medycznego* studia nie/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 wyżej zasadach oraz z zachowaniem warunków bezpieczeństwa zgodnie z aktualnymi przepisami i wytycznymi Głównego Inspektora Sanitarnego.

Z wyrazami szacunku

Kierunkowy Opiekun Praktyk

mgr Paulina Łon

Wyrażam zgodę:

.....
(podpis osoby upoważnionej)