

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Imię i nazwisko studenta)

.....  
(Adres zamieszkania studenta)

.....  
(Kierunek studiów, semestr nauki)

.....  
(Imię i nazwisko Dyrektora/Kierownika placówki)

.....  
(Nazwa i adres placówki)

Zwracam/y się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie bezpłatnych praktyk zawodowych w Państwa placówce w zakresie:

- 1) ..... ilość godzin .....  
(nazwa przedmiotu praktyki zawodowej)  
w Oddziale(Poradni/Pracowni) .....  
(pełna nazwa oddziału/poradni/pracowni)  
w terminie .....
- 2) ..... ilość godzin .....  
(nazwa przedmiotu praktyki zawodowej)  
w Oddziale(Poradni/Pracowni) .....  
(pełna nazwa oddziału/poradni/pracowni)  
w terminie .....
- 3) ..... ilość godzin .....  
nazwa przedmiotu praktyki zawodowej)  
w Oddziale(Poradni/Pracowni) .....  
(pełna nazwa oddziału/poradni/pracowni)  
w terminie .....

Z poważaniem

**ZGODA DYREKTORA/KIEROWNIKA PLACÓWKI:**

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki zawodowej przez studenta/ów.....

**Opiekunem praktyk zawodowych będzie:** (pielęgniarka z co najmniej 2 letnim stażem pracy w Oddziale, posiadająca prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i studia wyższe pielęgniarskie, w przypadku oddziałów położniczo-ginekologicznych położna)

1) w Oddziale(Poradni/Pracowni).....

.....  
(tytuł, Imię i nazwisko opiekuna, nr telefonu)

2) w Oddziale(Poradni/Pracowni) .....

.....  
(tytuł, Imię i nazwisko opiekuna, nr telefonu)

3) w Oddziale(Poradni/Pracowni) .....

.....  
(tytuł, Imię i nazwisko opiekuna, nr telefonu)