

Sanok, dn.....

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu, e-mail)

**Bieszczadzkie Pogotowie
Ratunkowe SP ZOZ w Sanoku
Pani Dyrektor
Beata Pieszczoł
ul. Jezierskiego 21
38-500 Sanok**

P O D A N I E

Zwracam się z prośbą o umożliwienie mi odbycia praktyk zawodowych w Bieszczadzkim Pogotowiu Ratunkowym SPZOZ w Sanoku.

Jestem studentem /ką/ roku Wydziału.....

na..... W
(miejsce) (nazwa uczelni- szkoły)

Praktykę chciałbym / chciałabym odbywać w:

..... w terminie..... w ilości godzin
(miejsce odbywania praktyki) (dokładny termin)

.....
....
(podpis)

Wyrażam / nie wyrażam zgody na odbycie praktyki

.....
(podpis Dyrektora)