

.....
imię i nazwisko studenta

.....
miejsowość, data

.....
adres do korespondencji

.....
telefon/e-mail

Bieszczadzkie Pogotowie Ratunkowe SPZOZ w Sanoku
ul. Jezierskiego 21
38-500 Sanok

WNIOSEK O ODBYCIU PRAKTYKI STUDENCKIEJ

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia praktyk studenckich z zakresu:

.....w,
w terminie od do w liczbie godzin.

Jestem studentem roku studiów (nazwa kierunku)
na

wyrażam i nie wyrażam zgody na odbycie praktyk w/w studenta w BPR SPZOZ w Sanoku.

.....
podpis studenta

Po zapoznaniu się z klauzulą informacyjną oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji praktyki.

.....
podpis studenta

Po zweryfikowaniu kompletności przedłożonych przez studenta dokumentów oraz aktualnych możliwości organizacyjno-kadrowych pozytywnie* / negatywnie* opiniuję odbycie przez w/w studenta praktyk w BPR SPZOZ w Sanoku.

.....
podpis koordynatora praktyk

Wyrażam* / nie wyrażam* zgody na odbycie praktyk w/w studenta w BPR SPZOZ w Sanoku.

.....
podpis Dyrektora BPR SPZOZ w Sanoku

* - niewłaściwe skreślić;