

Ostróda, dnia

PODANIE
o wyrażenie zgody na odbycie studenckiej praktyki zawodowej
w roku akademickim

Imię i nazwisko studenta.....

Kierunek studiów.....

Specjalność

System studiów: stacjonarny/niestacjonarny*

Telefon kontaktowy.....e- mail

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej w Szpitalu w Ostródzie SA ,
ul. Wł. Jagiełły 1, 14-100 Ostróda, w którym realizowana będzie:

praktyka zawodowa.....

(nazwa komórki organizacyjnej)

w okresie od dnia do dnia.....

Łączna liczba godzin.....

Opiekunem studenta w trakcie praktyk będzie:

Imię i nazwisko

Stanowisko

Decyzja Prezesa Szpitala w Ostródzie SA

Wyrażam zgodę*/ nie wyrażam zgody*

.....

(podpis Prezesa)

Wniosek należy wypełniać w sposób czytelny Po uzyskaniu zgody na odbycie praktyki zobowiązuję się dostarczyć przed datą rozpoczęcia praktyki kserokopię polisy ubezpieczeniowej (NNW i OC) lub zaświadczenia wydanego przez Uczelnię (w przypadku ubezpieczenia grupowego wydanego przez Uczelnię) oraz innych wymaganych dokumentów potwierdzających fakt ubezpieczenia studenta od następstw nieszczęśliwych wypadków na okres trwania praktyki.

.....

(podpis studenta)