**WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA ODBYCIE PRAKTYK ZAWODOWYCH**

………………………………………………………………

(miejscowość, data)

Imię i nazwisko:…………………………………………………………….

Adres:…………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………..

Nr tel.: ………………………………………………………………………….

Do Dyrektora……………………………………………….

 (imię i nazwisko)

………………………………………………………………………………………………………………………

 (nazwa placówki, adres)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o możliwość odbycia bezpłatnych praktyk zawodowych w

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(nazwa oddziału/ przedmiot/ liczba godzin)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(proponowany termin odbywania praktyk)

Jestem studentem/ studentką……………………..roku Wydziału Nauk o Zdrowiu Akademii Kaliskiej im. Stanisława Wojciechowskiego

na kierunku………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Z poważaniem………………………………………

 Zgada tak/nie

Podpis Dyrektora…………………………………..........