



....., dnia

(imię i nazwisko)

(nr telefonu/e-mail)

(nazwa uczelni)

(wydział)

(rok/kierunek)

DYREKTOR

Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego

im. prof. K. Gibińskiego

Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w

Katowicach

PODANIE O PRZYJĘCIE NA PRAKTYKĘ

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia praktyk studenckich w zakresie:

.....

(nazwa oddziału/zakładu/ działu)

w lokalizacji:

1) przy ul. Ceglanej 35 *

2) przy ul. Medyków 14*

w terminie..... w ilości.....godzin

(dokładny termin)

(dydaktycznych)

.....

(data i podpis studenta)

Akceptacja Opiekuna
Praktyki

Zgoda Dyrektora
lub upoważnionego Z-cy Dyrektora

.....

(data /podpis/pieczątko)

.....

(podpis/pieczątko)