

Leszno, r.

.....
(imię i nazwisko)

.....

.....

(adres)

tel.kontaktowy:

emeil:

**Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Wielospecjalistycznego
im. dr. Jana Jonstona
w Lesznie
ul. Kiepury 45
64-100 Leszno**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na realizację praktyki studenckiej w WSW w Lesznie:
w Oddziałach:, w terminie od..... do....., tj..... godzin.

Jestem studentką/em roku **Wydziału**.....,

Uczelni:

(nazwa uczelni)

Przed rozpoczęciem praktyki dostarczę wszystkie wymagane dokumenty.

Z poważaniem

.....
(podpis studenta)

Akceptacja ordynatora/ lekarza kierującego oddziałem/
Zakładowego opiekuna praktyk:

.....

Warunki rozpoczęcia praktyk:

- skierowanie imienne z uczelni lub porozumienie z uczelnią
- aktualne badania san-epid., potwierdzenie szczepienia WZW
- przedstawienie ubezpieczenia NW
- własna odzież ochronna , identyfikator