Załącznik nr 1 do Regulaminu realizacji staży, zajęć praktycznych i praktyk zawodowych

w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Łukowie

……………………………………..…............... Łuków, dnia………………..

(imię i nazwisko)

………………………………………....…..

(adres zamieszkania, nr telefonu, e-mail)

…………………………………………………

(nazwa uczelni, kierunek, rok/semestr studiów)

**Dyrektor SPZOZ w Łukowie**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie na staż, zajęcia praktyczne, praktykę zawodową\* w SPZOZ w Łukowie w komórce organizacyjnej medycznej/administracyjnej\* ………………………………….…………………………… w okresie od ……………….…...…. do …….......….….…, razem …………………………… godzin dydaktycznych.

**…........................................................... ….............................................................................**

(miejscowość i data) (czytelny podpis)

Zapoznałam/em się z Regulaminem realizacji staży, zajęć praktycznych i praktyk zawodowych w SPZOZ w Łukowie i zobowiązuję się do uregulowania opłaty za kształcenie.

……………………………………………..……..

(czytelny podpis)

Opinia Kierownika komórki organizacyjnej do której kierowany jest praktykant/stażysta:

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

podpis

**Decyzja Dyrektora/Zastępcy Dyrektora**: zgoda na odbywanie praktyk/stażu; brak zgody na odbywanie praktyk/stażu\*

…………………………………………….

podpis

\* właściwe podkreślić