



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie
ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków

.....
miejsowość i data

.....
imię i nazwisko

.....
nr telefonu / mail

**Dyrektor
SP ZOZ MSWiA w Krakowie
dr n. med. Michał Zabojszcz**

PODANIE O PRAKTYKĘ

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie na praktykę w:

.....
(nazwa Oddziału / Zakładu / Działu)

w terminie od r. do r. w wymiarze godzin.

Jestem studentką/em, słuchaczką/em* roku, kierunku:

.....
(nazwa jednostki kierującej)

Uzasadnienie:

.....
(podpis Wnioskodawcy)

Akceptuję termin praktyk

.....
(podpis i pieczęć Kierownika właściwej komórki organizacyjnej)

Termin rozpoczęcia praktyk nie może być wcześniejszy niż 21 dni od wpływu podania do SP ZOZ MSWiA w Krakowie.

Do podania należy załączyć program praktyk.

Wyrażam / nie wyrażam zgody na odbycie praktyk

.....
(podpis i pieczęć Dyrektora)