



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)