Załącznik nr 1

……………………………. Gniezno, ………………………….

imię, nazwisko

…………………………….

telefon kontaktowy

…………………………….

praktyki w zakresie

……………………………

jednostka kierująca **Dyrektor**

Wojewódzkiego Szpitala dla   
 Nerwowo i Psychicznie Chorych   
 „DZIEKANKA”   
 im. Aleksandra Piotrowskiego   
 w Gnieźnie

**Prośba o wyrażenie zgody na praktyki**

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie praktyk w Szpitalu   
w zakresie ……………………………………………………….………. wymaganego tokiem kształcenia…………………………………………..……………..……………….……………Wymagany okres / ilość godzin praktyk wynosi …….………………………………………… a program praktyk stanowi załącznik do niniejszego wniosku.

Zobowiązuję się do dostarczenia i skompletowania dokumentów przed rozpoczęciem praktyk.

**Załączniki :**

1. Program praktyk