



**AKADEMIA
NAUK
STOSOWANYCH**
im. Jana Amosa
Komeńskiego
w Lesznie

INSTYTUT ZDROWIA I KULTURY FIZYCZNEJ, ul. Mickiewicza 5, 64-100 Leszno, tel. 65 5250151, 65 5287874

WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA ODBYCIE PRAKTYK ZAWODOWYCH

Imię i nazwisko:.....
Adres:.....
.....
Nr tel.:

.....
(miejsowość, data)

Do Dyrektora.....

.....
(nazwa placówki, adres)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o możliwość odbycia bezpłatnych praktyk zawodowych w

.....
(nazwa oddziału/ przedmiot/ liczba godzin)

.....
(proponowany termin odbywania praktyk)

Jestem studentem/ studentką.....roku Instytutu Zdrowia i Kultury Fizycznej
na kierunku Pielęgniarstwo w PWSZ im. Jana Amosa Komeńskiego w Lesznie ul. Mickiewicza 5

Z poważaniem.....

Zgoda tak/nie

Podpis Dyrektora.....