



....., dnia .....

(imię i nazwisko)

(nr telefonu/e-mail)

(nazwa uczelni)

(wydział)

(rok/kierunek)

**DYREKTOR**

Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego

im. prof. K. Gibińskiego

Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

w Katowicach

**PODANIE O PRZYJĘCIE NA PRAKTYKĘ**

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia praktyk studenckich w zakresie:

.....

(nazwa oddziału/zakładu/ działu)

w lokalizacji:

1) przy ul. Ceglanej 35

2) przy ul. Medyków 14

w terminie..... w ilości.....godzin

(dydaktycznych)

.....

(data i podpis Studenta)

Akceptacja Opiekuna  
Praktyki\*

Zgoda Dyrektora  
lub upoważnionego Z-cy Dyrektora

.....

(data /podpis/pieczątka)

.....

(podpis/pieczątka)