

UNIWERSYTET
Jana Kochanowskiego w Kielcach
Collegium Medicum, Wydział Lekarski
25-516 Kielce, al. IX Wieków Kielc 19a
tel. 41/349-69-70

Kielce, dnia

.....
(miejsce na pieczęć Instytutu)

Sz. Pani/Pan

.....
.....
.....
.....
(Imię i nazwisko dyrektora, nazwa placówki z adresem)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie na studencką praktykę wakacyjną godzin

.....
(liczba godzin, miejsce/oddział)

Panią /Pana, Studentkę/Studenta 2 roku studiów
(Imię i nazwisko studenta)

jednolitych magisterskich na kierunku lekarskim studia stacjonarne/niestacjonarne, Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum, Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach.

Proszę jednocześnie o wyznaczenie spośród pracowników opiekuna praktyki.

Cel i zakres praktyki określa Instytutowy regulamin praktyk wakacyjnych na kierunku lekarskim Collegium Medicum UJK w Kielcach i ramowy program praktyki wakacyjnej.

Proszę o przychylne ustosunkowanie się do naszej prośby i umożliwienie odbycia praktyki przez naszego studenta na podanych w Programie Ramowym Praktyk zasadach.

Z wyrazami szacunku

Kierunkowy Opiekun Praktyk

lek. med. Michał Skuza

Wyrażam zgodę:

.....
(podpis osoby upoważnionej)