

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 5 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. Paweł Zieliński*

Wyrażam zgodę:

.....  
(podpis osoby upoważnionej)