*Załącznik nr 2 do Regulaminu*

*realizacji praktyk, staży i praktyk studenckich,*

*praktyk zawodowych, praktyk absolwenckich i wolontariatów*

Data: ………………………………………………………………..…..….

Imię i nazwisko: …………………………………………….………….

Pesel: ……………………………………………………………………….

Adres: ………………………………………………………………….…..

Nr telefonu: …………………………………………………..…………

Adres e-mail: ……………………………………………………………

**Dyrektor**

**Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie**

# **PODANIE O PRZYJĘCIE NA PRAKTYKĘ**

1. Nazwa Uczelni: ……………….………………………………………………………….…………………………………….……………
2. Kierunek / Specjalność: ………………………………………………………………………………………………………………….
3. Rok i semestr studiów: ………………………………………………………………………….………………………………….……

 ……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….…

1. Uzasadnienie: …………….…………………………………………………………………..………………………………..…………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….

1. Oddział / Poradnia / Dział / Sekcja, na którym planowana jest praktyka:

…………………………………………………………………………………………………………………………….…….……………………

1. **Termin praktyki ……….…………………………………………….. Ilość dni / godzin: …………………….…….….……**

..…………………….…….

*podpis praktykanta*

………………………..

*podpis opiekuna*

Opinia i podpis Kierownika komórki organizacyjnej, w której realizowana będzie praktyka:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………

……..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***Opłata za praktykę …………………………………***

*………………………….……………………………………………….……*

*podpis Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa /*

 *Z-cy Dyrektora ds. Organizacyjno-Administracyjnych*