

Kolno, dn.

.....
(imię i nazwisko)

.....
Nazwa uczelni

.....
Kierunek, rok studiów

.....
Nr telefonu

**Do Dyrekcji
Szpitala Ogólnego w Kolnie**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyk studenckich/ wolontariatu*
w Szpitalu Ogólnym w Kolnie w:

.....
(komórka organizacyjna)

w terminie oddo.....

w ilości dniILOSCI GODZIN.....
(dni od poniedziałku do piątku)

.....
(podpis studenta/ucznia)

Zgoda opiekuna praktyk:

.....
(podpis i pieczęć)