Załącznik nr 1

Katowice, dnia .............................

…………………………….……………….

 ( Nazwisko i imię studenta )

……………………………………….………….

 ( nazwa Uczelni)

…………………………………….…………….

 ( kierunek studiów)

Wniosek

o wyrażenie zgody na odbywanie praktyki studenckiej

**Dyrektor**

**Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka**

**im. św. Jana Pawła II SP SK Nr 6**

**Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

Zwracam się o udzielenie zgody na odbywanie praktyki wakacyjnej

w ................................................................................................................................................................

 (nazwa komórki organizacyjnej, na której odbywana będzie praktyka)

w okresie .............................................................................................................................................

 (termin praktyki )

...................................................................

 (podpis studenta)

 WYRAŻAM ZGODĘ

 ...........................................................................

 (podpis i pieczęć kierownika komórki

 organizacyjnej GCZD, na której student odbywa praktykę )