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 )