

Kłobuck, .....

.....  
Imię i nazwisko studenta

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Nr tel.

.....  
Wydział, rok studiów

Pani Dyrektor  
Zespołu Opieki Zdrowotnej  
w Kłobucku

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie na praktykę studencką z zakresu

..... w terminie od ..... do.....

w wymiarze ..... godzin zegarowych/dydaktycznych.

Praktykę chciałabym/chciałbym odbyć w .....  
(miejsce praktyki)

.....  
Jestem studentką/studentem ..... roku studiów, na kierunku .....  
na uczelni .....  
(nazwa uczelni, adres)

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Informujemy, iż w przypadku pozytywnego rozpatrzenia podania należy przed rozpoczęciem praktyk a najpóźniej w dniu ich podjęcia dostarczyć do Przełożonej Pielęgniarek ZOZ Kłobuck:

- umowę/porozumienie/ na praktyki ze strony Uczelni,
- program praktyk,
- ubezpieczenie OC, NNW (rozszerzone o ekspozycję zawodową),
- aktualne orzeczenie lekarskie w tym do celów sanitarno – epidemiologicznych\* oraz zaświadczenie o zaszczepieniu przeciw WZW,
- zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu Karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu Karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii\*\*
- inne dokumenty wynikające z przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Po zakończeniu praktyki należy dostarczyć do Działu Pielęgniarstwa kopię zaliczenia praktyki podpisaną przez bezpośredniego opiekuna praktyki.

\* Dotyczy praktyk w szpitalu

\*\*Dotyczy praktyk, w czasie których praktykant ma styczność z dziećmi

.....  
(podpis studenta)

Wyrażam zgodę:

.....  
(podpis Dyrektora ZOZ Kłobuck)