Warszawa, …………………………

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

Adres zam. miejscowość, kod pocztowy…………….…….……… ul.…….……………………………..…………

Nr tel…………………………………………… adres e-mail: ……………………………………………..…….…...

Nazwa uczelni ………………………………………………………………………………………..……….…….….

Wydział …………………………………………………………………………………………………………………

Kierunek ………………………………………………………………………………………………….…………….

Rok studiów ……………………………………………………………………………………………………………

**DYREKCJA INSTYTUTU   
 „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”**

Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki studenckiej w ……………………...........................

(*nazwa Kliniki/Zakładu/Poradni)*

…………………………………………………………………………………………………………………………

w terminie od ……………………………. do ………………..………….. w wymiarze …….……………. godz.

……………………………….

*czytelny podpis studenta*