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

*(imię i nazwisko)*

…………………………………………………………

*(nr tel.)*

 …………………………………………………………

*(e-mail)*

**Dyrektor**

**Centrum Psychiatrii**

 **w Katowicach**

**WNIOSEK**

**W SPRAWIE ODBYCIA PRAKTYKI STUDENCKIEJ**

w Centrum Psychiatrii w Katowicach

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

…………………………………………………………………………..…………………………………………

*(nazwa komórki organizacyjne, w której będzie odbywana praktyka)*

w terminie od …...…….………..………. do …………………………… w ilości dni: ……………………………..

w ramach realizacji programu studiów w:

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­…………………………………………………………………………………………………….…………………..

 *(nazwa podmiotu szkolącego)*

na kierunku ………………………………………………………………………ukończony semestr …...…………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *(podpis wnioskodawcy)*

Potwierdzam możliwość odbycia praktyki

……………………………………………………

*(data, podpis i pieczątka Kierownika komórki organizacyjnej)*

Potwierdzam przyjęcie obowiązków Opiekuna praktyki

*……………………………………………………………*

*(data, podpis i pieczątka Opiekuna stażu)*

zgoda Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa

……………………………………………………

*(, podpis i pieczątka Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa)*

DECYZJA DYREKTORA SZPITALA

 Zgoda / brak zgody\*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*- niepotrzebne skreślić