

**Formularz zgłoszenia na studencką praktykę zawodową praktyczną naukę zawodu  
i szkolenie praktyczne w Szpitalu Bielańskim w Warszawie**

Wypełnia wnioskodawca:

Imię i nazwisko

.....

Adres do korespondencji

.....

Telefon, E-mail

.....

Nazwa Uczelni

.....

Wydział, kierunek, rok/semestr studiów

.....

Zakres praktyk

.....

Komórka organizacyjna w której student będzie realizował praktykę

.....

Termin praktyki

.....

**Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem organizacji  
studenckich praktyk zawodowych, praktycznej nauki zawodu i szkolenia  
praktycznego w Szpitalu Bielańskim w Warszawie.**

.....

data i podpis studenta/praktykanta

Wypełnia kierownik komórki organizacyjnej:

Potwierdzam możliwości przyjęcia studenta na praktykę w terminie:

.....

Wyznaczam na opiekuna: (podać: nazwisko, imię)

.....

.....  
data i podpis ordynatora/ kierownika  
komórki organizacyjnej/pielęgniarki  
oddziałowej

Decyzja Dyrektora

Na podstawie § 2 ust 4 Regulaminu organizacji studenckich praktyk zawodowych, praktycznej nauki zawodu i szkolenia praktycznego w Szpitalu Bielańskim w Warszawie wydaję decyzję nr. .... o zgodzie na odbycie studenckich praktyk zawodowych/ praktycznej nauki zawodu /szkolenia praktycznego w uzgodnionym miejscu i terminie.

.....  
podpis Dyrektora lub  
osoby wyznaczonej