Obraz zawierający tekst

Opis wygenerowany automatycznie

*Załącznik nr 6 do Regulaminu kształcenia praktycznego na kierunku Pielęgniarstwo*

*w Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Krośnie*

Krosno, dnia………….……

Imię i nazwisko studenta: ..................................................................

Nr albumu ..............................................................................................

Kierunek/Rok studiów .........................................................................

Tryb studiów/grupa studencka:............................................................

Poziom studiów.......................................................................................

**Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa**

**Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Krośnie**

**……………………………………………….**

*(stopień naukowy lub tytuł zawodowy, imię i nazwisko)*

**WNIOSEK**

**O wyrażenie zgody na realizację praktyki zawodowej w trybie indywidualnym**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na realizację bezpłatnej praktyki zawodowej

w trybie indywidualnym w Zakładzie Pracy………………………………………………………………………………………….

w ramach przedmiotu………………………………………………………………………………………………………………………...

Uzasadnienie:

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

Oświadczam, że przed rozpoczęciem praktyki zawodowej zobowiązuję się odebrać skierowanie na praktykę zawodową, a po jej zakończeniu dostarczyć do koordynatorów poszczególnych przedmiotów dziennik praktyk studenckich oraz dziennik umiejętności praktycznych w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarza. Podpisane przez Zakład Pracy porozumienie o odbyciu praktyki zawodowej zobowiązuję się dostarczyć do dnia……………………………………………………..

Z poważaniem

…………………………………………………………………….

(imię i nazwisko studenta)

**Załącznik:**

Zaświadczenie Zakładu Pracy o wyrażeniu zgody na nieodpłatne odbycie praktyki zawodowej

**Decyzja Kierownika Zakładu:**

Wyrażam zgodę/ Nie wyrażam zgody ( w przypadku odmowy uzasadnienie)

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

…………………………………………………………

( podpis Kierownika Zakładu)