# Imię i nazwisko/-a studenta/-ów

………………………………………………………..

………………………………………………………..

………………………………………………………..

………………………………………………………..

 ***Dr n. med. Bernadeta Cegła***

**p.o. kierownika Zakładu Pielęgniarstwa Internistycznego**

Zwracam/y się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki z Pielęgniarstwa Internistycznego w liczbie 160 godzin w wybranej placówce:

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

 (pełna nazwa placówki)

Kierownictwo placówki udzieliło zgody, co potwierdza odpowiedni załącznik.

Praktyka będzie odbywać się w terminie …………………………………………, w oddziale/klinice ……………………………………………………………………………………………., a bezpośrednią opiekę mentorską nad praktyką spełniać będzie ……………………………………………………………. .

Nr kontaktowy do placówki (oddział/oddziałowa): ………………………………………………………………

W załączeniu arkusze: oceny placówki i mentora\*\*.

 Z wyrazami szacunku

 …………………………………………..

**Zaświadczenie**

 Po weryfikacji arkuszy oceny placówki i mentora wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na odbycie praktyki przez studentkę/studentów:

………………………………………………………

………………………………………………………

………………………………………………………

………………………………………………………

………………………………………………………

………………………………………………………

w zaproponowanej placówce.

\*niewłaściwe skreślić

\*\* dotyczy studentów, którzy wybrali placówkę pozauczelnianą