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 wcześniejsze odbycie praktyki z Pielęgniarstwa w chorobach wewnętrznych w liczbie 40 godzin w 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

 …………………………………………..

\* dotyczy studentów, którzy wybrali placówkę pozauczelnianą

**Zaświadczenie**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na wcześniejsze odbycie praktyki przez studentkę/studentów:

………………………………………………………

………………………………………………………

………………………………………………………

………………………………………………………

………………………………………………………

………………………………………………………

w zaproponowanej placówce.

 Potwierdzam, iż wybrana placówka oraz osoba proponowana na mentora praktyki spełniają wymagania określone w arkuszach oceny placówki i mentora\*\*.

 ………………………………………………………..

 Podpis kierownika praktyki

\*niewłaściwe skreślić

\*\* dotyczy sytuacji, gdy student proponuje do odbycia praktyki placówkę pozauczelnianą