

Legionowo,

.....
Imię i nazwisko studenta

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr tel.

.....
Wydział, rok studiów

Pani Dorota Glinicka
Prezes
Zespołu Opieki Zdrowotnej
„Legionowo” sp. z o.o.
w Legionowie

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie na praktykę studencką z zakresu
w terminie od do..... w wymiarze godzin
zegarowych/dydaktycznych.

Praktykę chciałabym/chciałbym odbyć w
(miejsce praktyki).....

Jestem studentką/studentem roku studiów, na kierunku
na uczelni
(nazwa uczelni, adres)

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Informujemy, iż w przypadku pozytywnego rozpatrzenia podania należy przed rozpoczęciem praktyk dostarczyć do Działu Kadr ZOZ Legionowo sp. z o.o.:

- umowę/porozumienie/ na praktyki ze strony Uczelni,
- program praktyk,
- ubezpieczenie OC, NNW (rozszerzone o ekspozycję zawodową),
- aktualne orzeczenie lekarskie w tym do celów sanitarno – epidemiologicznych oraz zaświadczenie o zaszczepieniu przeciw WZW,
- zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu Karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu Karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii*
- inne dokumenty wynikające z przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Po zakończeniu praktyki należy dostarczyć do Działu Kadr kopię zaliczenia praktyki podpisaną przez bezpośredniego opiekuna praktyki.

.....

(podpis studenta)

Wyrażam zgodę:

.....

(podpis Prezes ZOZ)

*Dotyczy praktyk, w czasie których praktykant ma styczność z dziećmi