

.....  
imię i nazwisko

.....  
miejsowość, data

.....  
adres do korespondencji

.....  
telefon/e-mail

***Szanowny Pan***  
***Prof. dr hab. n. med. Stanisław Góźdź***  
***Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum***  
***Onkologii w Kielcach***

### **PODANIE**

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia praktyk z zakresu .....

.....  
w dziale/klinice/zakładzie .....

w terminie od.....do..... (.....godz.).

Jestem studentem/ką .....roku studiów w Wydziale.....

Uczelni .....  
*nazwa uczelni*

Z poważaniem

.....

Opinia i podpis Kierownika/Koordinatora działu/kliniki/zakładu

.....

.....

**Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody**

.....

*Podpis Dyrektora*