

**Załącznik nr 1**

**do Regulaminu odbywania praktyk studenckich i zawodowych  
w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu**

\_\_\_\_\_  
imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
adres zamieszkania

\_\_\_\_\_  
numer telefonu

**Dyrektor  
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Rydygiera  
ul. Św. Józefa 53-59  
87-100 Toruń**

**CZĘŚĆ I - WYPEŁNIA STUDENT/UCZEŃ/SŁUCHACZ**

Proszę o umożliwienie odbycia praktyki w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. L. Rydygiera w Toruniu.

Jestem studentem/ słuchaczem/ uczniem \_\_\_\_\_ roku, kierunku: \_\_\_\_\_ nazwa uczelni/ szkoły  
\_\_\_\_\_ Wydział \_\_\_\_\_ w \_\_\_\_\_

Praktykę chciałbym/ chciałybym odbywać w:

1. \_\_\_\_\_ w terminie \_\_\_\_\_ w ilości \_\_\_\_\_ h  
nazwa komórki organizacyjnej WSzZ dokładny termin (daty od - do)
2. \_\_\_\_\_ w terminie \_\_\_\_\_ w ilości \_\_\_\_\_ h  
nazwa komórki organizacyjnej WSzZ dokładny termin (daty od - do)
3. \_\_\_\_\_ w terminie \_\_\_\_\_ w ilości \_\_\_\_\_ h  
nazwa komórki organizacyjnej WSzZ dokładny termin (daty od - do)

Informację o wyrażeniu zgody na odbycie praktyki lub odmowie proszę przesłać na adres poczty elektronicznej:

\_\_\_\_\_  
(pole obowiązkowe)

\_\_\_\_\_  
podpis składającego wniosek

**CZĘŚĆ II - WYPEŁNIA KIEROWNIK KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ/ PIELĘGNIARKA KOORDYNUJĄCA**

Ad.1
Ad.2
Ad.3

---

**CZĘŚĆ III - WYPEŁNIA DYREKTOR**

- Wyrażam zgodę
- Nie wyrażam zgody

\_\_\_\_\_

Dyrektor