Zał. Nr 1 do *Procedury realizacji pielęgniarskich praktyk zawodowych/stażu*

Białystok, dnia……………….……………

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

Imię i nazwisko

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

adres email

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

Numer telefonu

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

Nazwa uczelni, kierunek studiów, rok studiów/ nazwa organizatora szkolenia, kursu

**Szanowna Pani**

**Magdalena Joanna Borkowska**

**Dyrektor**

**Białostockiego Centrum**

**Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie**

**w Białymstoku ul. Ogrodowa 12**

Zwracam się z prośbą o możliwość odbycia pielęgniarskiej praktyki zawodowej/ stażu w Białostockim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie w Białymstoku w wymiarze **……………….……** godzin.

Proponowany termin i miejsce odbycia praktyki...........................................................................................

…………………………………………………………

data i podpis osoby ubiegającej się o praktykę/staż

………………………………………………………………..

zgoda Naczelnej Pielęgniarki

………………………………………………………………..

zgoda Dyrektora