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