*Załącznik nr 1 do Regulaminu Realizacji Praktyk Zawodowych/Studenckich w Spółce Śląskie Centrum Rehabilitacyjno - Uzdrowiskowe im. dr Adama Szebesty w Rabce - Zdroju*

**WNIOSEK O PRZYJĘCIE NA PRAKTYKĘ**

……………………………………… Rabka - Zdrój dn………………….

………………………………………

………………………………………

………………………………………

(dane wnioskującego)

 Prezes Zarządu Spółki

 Śląskie Centrum Rehabilitacyjno-

 Uzdrowiskowe im. dr Adama

 Szebesty w Rabce - Zdroju

 Sp. z o.o.

 ul. Dietla 5

 34 - 700 Rabka - Zdrój

Zwracam się z uprzejmą prośbą o umożliwienie odbycia praktyki zawodowej/studenckiej w zakresie ……………………………………………………….. (wpisać kierunek kształcenia) w okresie …………………………………………

Jestem uczniem/studentem …………………………………………………………………… (uzupełnić o nazwę jednostki kształcącej).

 ……………………………………

 podpis wnioskodawcy