*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