



WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA W LEGNICY

WZÓR

Legnica, dnia 2013 r.

Joanna Kowalska

.....
(Imię i Nazwisko)

1005

.....
(nr albumu)

**Dziekan
Wydziału Pielęgniarstwa
Wyższej Szkoły Medycznej w Legnicy**

Uprzejmie proszę o zaliczenie zajęć praktycznych i praktyk zawodowych zgodnie z wytycznymi określonymi w Uchwale nr 26/III/2012 z dnia 13 grudnia 2012 roku Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych.

W załączeniu, przekazuję niżej wymienione dokumenty, stwierdzające dotychczasowy przebieg pracy zawodowej oraz zdobyte dodatkowe kwalifikacje:

Lp.	Okres zatrudnienia od – do	Nazwa zakładu	Oddział/poradnia (informację należy wypełnić bardzo starannie)
1	12.09.1999 – 13.09.2001	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	CHIRURGIA
2	12.09.2001 – 02.10.2002	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	PEDIATRIA
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

.....
(czytelny podpis studenta)