

.....
(imię i nazwisko słuchacza)

Poznań, dnia

.....
(nr telefonu)

Semestr

**Do Dyrektora Szkoły
Szkoły Policealnej Opieki Medycznej „Żak”
w Poznaniu**

PODANIE O ZWOLNIENIE Z PRAKTYK ZAWODOWYCH

Proszę o zwolnienie mnie w całości / części* z odbywania praktyk zawodowych, przewidzianych programem nauczania w **Szkoły Policealnej Opieki Medycznej „ŻAK” w Poznaniu** na kierunku: **technik sterylizacji medycznej.**

UZASADNIENIE

.....
.....
.....
.....
.....

.....
(Podpis słuchacza)

Załączniki:

—
—

* - niepotrzebne skreślić