………………..….. dnia ………………….

……………………………………………….

(imię i nazwisko)

……………………………………..……….

(rok i kierunek)

**Do Dyrekcji Szkoły Policealnej- Medycznego Studium Zawodowego im. PCK w Puławach**

**Podanie o zwolnienie z praktyk zawodowych**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zwolnienie mnie z praktyk zawodowych w wymiarze…………..godzin na kierunku…………………………..……………….… w roku szkolnym …………….

Prośbę swą motywuję tym, że ……………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

 ……………………..

 (podpis)

Załączniki:

1.

2.