

..... 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.