**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA PRAKTYKĘ**

1. **DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE**
2. Imię i nazwisko:
3. Data urodzenia:
4. Adres do korespondencji:
5. Telefon kontaktowy:
6. E-mail:
7. **WYKSZTAŁCENIE I UMIEJĘTNOŚCI**
8. Wykształcenie
9. Nazwa uczelni:
10. Wydział:
11. Kierunek:
12. Rok / semestr studiów:
13. Znajomość języków obcych wraz z określeniem poziomu:
14. Inne umiejętności, uprawnienia:
15. **INFORMACJE DOTYCZĄCE MIEJSCA I TERMINU ODBYWANIA PRAKTYK**
16. Wyrażam chęć odbycia praktyk w:
17. Komórka organizacyjna (do wyboru Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Wydział Gospodarki Lekami, Wydział ds. Służb Mundurowych, Delegatura w Chełmie):
18. Proponowany termin praktyk:
19. Czas trwania praktyk:
20. Uzasadnienie wyboru:

………………………………………………………………………

 (data i czytelny podpis)

**UWAGA! Do zgłoszenia prosimy dołączyć podpisane zgody dotyczące praktykantów/stażystów.**