imię i nazwisko Kraków, ……………………………….

numer albumu

kierunek

rok

tryb studiowania

dane kontaktowe

**PODANIE**

**O PRZYJĘCIE NA ZAJĘCIA DOWOLNE**

Szanowny Pan

Dr hab. med. Maciej Pilecki

Kierownik

Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży

Katedry Psychiatrii UJ CM

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie zajęć dowolnych
w okresie od …………….………… do ………………………… w wymiarze ……………… godzin
w ……………………………………………………………………………………

………………………………………

podpis