



Małopolska Wyższa Szkoła im. J. Dietla w Krakowie

31-532 Kraków, ul. Wincentego Pola 4, tel. (0 12) 426-20-65, fax (0 12) 426-20-66

www.mwsz.edu.pl

NIP: 945-19-86-551 REGON: 356720247 Konto: Bank BPH S.A., Oddział w Krakowie 84 1060 0076 0000 0014 4465

praktyki@mwsz.krakow.pl

Kraków, Rok Akademicki 2011/2012

Prośba o przyjęcie na praktyki

Uprzejmie proszę o przyjęcie **P..... nr albumu**
zamieszkałego/ej.....
studenta/studentki **III** roku studiów stacjonarnych/niestacjonarnych,
kierunku **DIETETYKA** Małopolskiej Wyższej Szkoły im. Józefa Dietla w Krakowie,
31-532 Kraków, ul. Wincentego Pola 4, na nieodpłatną praktykę studencką.

Celem praktyki jest :

- Zdobycie umiejętności praktycznych oraz zapoznanie z funkcjonowaniem zakładów żywienia zbiorowego na przykładzie szpitala dziecięcego, przyszpitalnej poradni dietetycznej dla dzieci, oddziału leczenia żywieniowego.
- Praktyka ma zapoznać studenta z zadaniami dietetyczki jako współpracownika działu żywienia w realizacji prawidłowego żywienia dietetycznego w szpitalu dziecięcym

Czas trwania praktyki – łącznie 3 tyg., tj. 105 godz. (35 godzin tygodniowo)

Miejsce odbywania praktyki:

- **3 tygodnie – Praktyka studencka w szpitalu dziecięcym**
(oddział, kuchnia ogólna i niemowlęca, poradnia dietetyczna)

Dziękujemy za przyjęcie studenta/studentki i umożliwienie realizacji programu praktyki.

Potwierdzenie przyjęcia na praktyki

Nazwisko i imię studenta/studentki:			
Pieczęć zakładu pracy :	Termin realizacji:	Ilość godzin:	Nazwisko i imię, podpis osoby przyjmującej: