



**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 :

- a) Zdobycie umiejętności praktycznych oraz zapoznanie z funkcjonowaniem żywienia zbiorowego dla osób starszych.
- b) Praktyka ma zapoznać studenta z zadaniami dietetyczki w realizacji leczenia dietetycznego osób starszych.

### Miejsce odbywania praktyki:

- Szpital dla dorosłych  
(oddział, kuchnia ogólna, poradnia dietetyczna, dział żywienia w szpitalu).

### Czas trwania praktyki :

- łącznie 3 tyg., tj. 105 godz. ( 35 godzin tygodniowo )

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: