**Załącznik Nr 1**

………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

...........................................................

(miejscowość, data)

………………………………………………………….

(adres zamieszkania)

**Dyrektor**

**Medycznej Szkoły Policealnej**

**w Mińsku Mazowieckim**

**Ul. 1 PLM Warszawa 1**

**05-300 Mińsk Mazowiecki**

**Podanie do Pani Dyrektor**

…………..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………..

(czytelny podpis)