**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)