



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**

Wniosek o wykaz godzin zajęć edukacyjnych oraz praktycznej nauki zawodu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(czytelny podpis)