

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsowość, data)

.....
(kierunek i rok studiów)

.....
(studia: I stopnia/ II stopnia/ jednolite magisterskie)

.....
(forma studiów: stacjonarne/niestacjonarne)

.....
(tel. kontaktowy)

**Dziekan
Wydziału Nauk o Zdrowiu
prof. dr hab. n. zdr. Beata Karakiewicz**

Podanie

Uprzejmie proszę o uznanie i zaliczenie obowiązkowej praktyki zawodowej na podstawie mojego **doświadczenia zawodowego**.

.....
.....
.....
.....
Uzasadnienie prośby

Z poważaniem

.....
(własnoręczny podpis studenta)

Załączniki:

1. Dokument potwierdzający zatrudnienie.
2. Zakres wykonywanych obowiązków.
3.

Opinia Pełnomocnika Dziekana ds. Kierunku:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć Pełnomocnika Dziekana)

Decyzja Dziekana

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć)