

.....
(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 wyrażenie zgody na realizację praktyk zawodowych we **wcześniejszym terminie.**

.....
.....
.....
Uzasadnienie prośby

Z poważaniem

.....
(własnoręczny podpis studenta)

Załączniki:

1. Informacje dotyczące placówki (str. nr 2)

Opinia kierownika jednostki, w której realizowany jest przedmiot:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika jednostki)

Decyzja Dziekana

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(kierunek i rok studiów)

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

Nazwa Placówki:

.....
.....
Adres placówki, telefon kontaktowy

Dyrektor:

.....
Tytuł naukowy, imię i nazwisko

Mentor:

.....
Tytuł naukowy, imię i nazwisko, telefon kontaktowy

Termin realizacji praktyki:

Pozostałe informacje:

.....
.....
.....
.....
Oddział/Klinika, Ordynator/Kierownik, telefon kontaktowy (Oddziału/ Kliniki)