

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość, data)

.....
(kierunek i rok studiów)

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

.....
(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 **dodatkowych praktyk zawodowych**
w wymiarze: **120 godzin** w terminie
(nieprzekraczający 3 miesięcy)

z przedmiotu:

Prośbę swoją motywuję

.....
.....

(uzasadnienie prośby)

Z poważaniem

.....
(własnoręczny podpis studenta)

Załączniki:
1. Informacje dotyczące placówki (str. nr 2)

Opinia opiekuna praktyk z jednostki, w której realizowany jest przedmiot:

.....
.....

Nazwa Placówki:

.....

.....

.....

.....

Adres placówki, telefon kontaktowy

Dyrektor:

.....

.....

Tytuł naukowy, imię i nazwisko

Mentor:

.....

.....

Tytuł naukowy, imię i nazwisko, telefon kontaktowy

Pozostałe informacje:

.....

.....

.....

.....

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

Decyzja Dziekana

.....
data, pieczęć i podpis