



Wydział Medyczny
Uczelnia Łazarskiego
ul. Świeradowska 43
02-662 Warszawa

.....
miejsowość, data

.....
nazwisko i imię studenta

.....
nr albumu

Wniosek

o zorganizowanie praktyk wakacyjnych przez Uczelnię

Zwracam się z prośbą o zorganizowanie praktyk wakacyjnych przez Uczelnię.

.....
(data i podpis studenta)

Opinia Pełnomocnika Dziekana ds. Praktyk:

Kieruję studenta

.....
(imię i nazwisko)

na praktyki w

.....
(nazwa i adres podmiotu)

w terminie.....

.....
(data i podpis Pełnomocnika Dziekana ds. Praktyk)

Decyzja Dziekana

.....
(data i podpis Dziekana Wydziału Medycznego)