



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

.....
miejsowość, data

.....
nazwisko i imię studenta

.....
nr albumu

Wniosek

o wyrażenie zgody na zorganizowanie praktyk wakacyjnych we własnym zakresie

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie praktyk wakacyjnych zgodnym z programem na pierwszym roku studiów w zakresie opieki nad chorym w :

.....
.....
[pełna nazwa i adres podmiotu leczniczego]

w terminie

w załączeniu składam zgodę podmiotu leczniczego w którym będzie realizowana praktyka wakacyjna

.....
(data i podpis studenta)

Zgoda Podmiotu, w którym będzie realizowana praktyka:

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na odbycie praktyk, przez studenta

.....
(imię i nazwisko)

W.....

.....
(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

.....
(data, pieczęć, podpis osoby upoważnionej ze strony podmiotu)



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

Opinia Pełnomocnika Dziekana ds. praktyk

.....

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

Decyzja Dziekana

.....

.....
data i podpis Dziekana Wydziału Medycznego