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

.....
miejscowość, 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 drugim roku studiów w zakresie pomocy doraźnej 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)

Decyzja Dziekana.....

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

*niepotrzebne skreślić