



**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)

#### **Decyzja Dziekana:**

Kieruję studenta

.....  
(imię i nazwisko)

na praktyki w

.....  
(nazwa i adres podmiotu)

w terminie.....

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