

.....  
nazwisko i imię

.....  
adres zamieszkania

student/ka kierunku .....

.....  
numer indeksu

.....      .....

rok

semestr

.....  
rok akademicki

**Do Dyrektora  
Instytutu Medycznego  
PWSZ w Głogowie**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie praktyki zawodowej w

.....  
nazwa podmiotu

realizowanej w ramach .....  
nazwa przedmiotu/modułu

w roku studiów ..... , semestrze ..... , w wymiarze ..... godzin.

Nazwa i adres placówki w której odbędzie się praktyka .....  
.....

**Uzasadnienie**

.....  
.....  
.....  
.....

Jednocześnie oświadczam, że znane mi są zapisy Regulaminu Praktyk Zawodowych kierunku.

.....  
Data, podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni

.....  
Data i czytelny podpis studenta