

.....
nazwisko i imię

.....
adres zamieszkania

student/ka kierunku

.....
numer indeksu

.....

rok

semestr

.....
rok akademicki

**Do Dyrektora
Instytutu
Medycznego PANS
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