…………………………………………..

nazwisko i imię

………………………………………….

adres zamieszkania

Kierunek: ………………………………

…………………………………………..

numer indeksu

…………………. …………………. **Do Dyrektora**

rok semestr **Instytutu Nauk o Zdrowiu**

**PANS w Głogowie**

…………………………….…………..

rok akademicki

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 i czytelny podpis studenta data, podpis opiekuna praktyk z ramienia uczelni