

.....
(miejsowość, data)

Imię i nazwisko studenta

Numer albumu.....

WNIOSEK (WL)
o wyrażenie zgody na zorganizowanie praktyki we własnym zakresie

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie praktyki zawodowej w

.....
nazwa i adres Podmiotu

zgodnie z załączonym programem praktyki.

Rok studiów: I II III IV V

Zakres praktyki:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> opieka nad chorym | <input type="checkbox"/> intensywna terapia |
| <input type="checkbox"/> podstawowa opieka zdrowotna | <input type="checkbox"/> chirurgia |
| <input type="checkbox"/> pomoc doraźna | <input type="checkbox"/> pediatria |
| <input type="checkbox"/> choroby wewnętrzne | <input type="checkbox"/> ginekologia i położnictwo |

Okres odbywania praktyki: od do

Oddział:

Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazanie przez Uczelnię moich danych osobowych zawartych we wniosku Podmiotowi, o którym mowa powyżej, w celu uzyskania zgody na realizację praktyki zgodnie z wnioskiem.

.....
data i podpis studenta

Zgoda Podmiotu, w którym będzie realizowana praktyka:

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na odbycie praktyki zgodnie z załączonym programem praktyk **przez studenta**

.....
imię i nazwisko

Pieczęć podmiotu	Data, pieczęć, podpis dyrektora/kierownika Podmiotu
------------------	---

Opinia Opiekuna praktyk zawodowych z Uczelni :

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki/Nie wyrażam zgody na odbycie praktyki*

.....
data i podpis Opiekuna praktyk zawodowych z Uczelni

Rozstrzygnięcie Dziekana w zakresie objętym wnioskiem:

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki/Nie wyrażam zgody na odbycie praktyki*

Uzasadnienie (w przypadku niewyrażenia zgody).....
.....

.....
data i podpis Dziekana