

.....
Imię i nazwisko studenta/studentki

.....
miejsowość, data

.....
Nr albumu

.....
Adres/Telefon kontaktowy

**Dziekan
Niepublicznej Wyższej Szkoły Medycznej we Wrocławiu
Wydział Profilaktyki i Zdrowia
Kierunek Pielęgniarstwo
Ul. Nowowiejska 69
50-340 Wrocław**

PODANIE

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie praktyki zawodowej w

.....

(nazwa zakładu pracy/institucji)

.....

(adres zakładu pracy/institucji)

W Oddziale/Dziale.....

Z przedmiotu.....w ilości godzin.....

.....

Podpis studenta

Wyrażam zgodę na realizację programu studenckiej praktyki zawodowej w placówce medycznej, zgodnie z decyzją dyrektora/kierownika placówki.

.....

Podpis Dziekana

Pieczczę Placówki/Instytucji

.....

Miejscowość, data

Zgoda na realizację programu studenckiej praktyki zawodowej

Wyrażam zgodę na realizację programu studenckiej praktyki zawodowej przez studenta/studentkę

.....

Imię i nazwisko

W

Nazwa placówki

Oddział/Dział

W terminie oddo

Jednocześnie zobowiązuję się do:

1. Zapewnienia warunków umożliwiających realizację programu praktyki zawodowej.
2. Wyznaczenia opiekuna merytorycznego praktyki zawodowej.
3. Poświadczenia realizacji programu praktyki zawodowej w dokumentacji przedłożonej przez studenta.

.....

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej