Załącznik Nr 2

…………………………………………..

 nazwisko i imię

………………………………………….

 adres zamieszkania

student/ka kierunku Pielęgniarstwo

…………………………………………..

 numer indeksu

…………………. ………………….

 rok semestr

……………………………………..

 rok akademicki

Do Dziekana

Wydziału Nauk o Zdrowiu

Mazowieckiej Uczelni Publicznej

w Płocku

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.

Uzasadnienie

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Jednocześnie oświadczam, że znane mi są zapisy Regulaminu Zajęć Praktycznych i Praktyk Zawodowych kierunku Pielęgniarstwo.

 ……………………………………………………………..

 data i czytelny podpis studenta