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