Załącznik Nr 4

**Skierowanie**

**na odbycie praktyki zawodowej w ramach:**

……………………………………………………………………………………

przedmiot/moduł

w …………………………………………………………………………………..

nazwa podmiotu

(na mocy umowy ……………………………………………………………)

Wydział Nauk o Zdrowiu Mazowiecka Uczelnia Publiczna w Płocku kieruje

Panią/Pana ……………………………………………………………………………………………………………………………..

nazwisko i imię

…………………………………………………

numer indeksu

studenta kierunku ………………………. …………………….. …………………………. …………………………..

rok semestr rok akademicki

do …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

nazwa placówki

celem odbycia praktyki zawodowej w ramach …………………………………………………………………………………….

nazwa przedmiotu/modułu

w …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

nazwa oddziału/poradni/komórki organizacyjnej

Liczba godzin praktyki zawodowej …………………………………………….

Termin odbywania praktyki ………………………………………………………

Nazwisko opiekuna …………………………………………………………………...

………………………………. ………………………………………

data podpis Dziekana Wydziału Nauk o Zdrowiu