

**AKADEMIA MAZOWIECKA W PŁOCKU
COLLEGIUM MEDICUM
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU**

.....
imię i nazwisko studenta, nr albumu

Płock, dnia

.....
Kierunek studiów/rok studiów/semestr

Podanie złożone dn.
Podpis przyjmującego.....

.....
telefon kontaktowy

**p.o. Dziekan
Wydziału Nauk o Zdrowiu
mgr Adrianna Frydrysiak - Brzozowska**

PODANIE O ODBYCIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ W WYBRANYM PODMIOCIE LECZNICZYM

Zwracam się z uprzejmą prośbą o odbycie praktyki zawodowej (wakacyjnej) z przedmiotu:

.....
Nazwa przedmiotu i liczba godzin

.....
Nazwa placówki

.....
Adres placówki

.....
Nazwisko opiekuna praktyk/stanowisko

UZASADNIENIE:

.....
.....
.....

.....
podpis studenta

OPINIA KOORDYNATORA PRAKTYK ZAWODOWYCH

.....
.....

Płock, dnia.....

.....
podpis i pieczęć Koordynatora

DECYZJA DZIEKANA

.....
.....

Płock, dnia.....

.....
podpis i pieczęć Dziekana

w załączeniu:

1. Zgoda Podmiotu Leczniczego
2. Uzupelnione Kryteria doboru opiekuna praktyki zawodowej
3. Uzupelnione Kryteria doboru miejsca praktyki zawodowej