



Warszawa, dnia

.....
Imię i Nazwisko, nr albumu studenta

.....
Kontakt e-mail (ew. nr telefonu)

**Koordynator/Opiekun Praktyk
Kierunku Administracja
Warszawskiej Uczelni Medycznej
im. Tadeusza Koźłuka**

Zgodnie z Regulaminem Praktyk Zawodowych Uczni wnoszę:

- o zaliczenie studenckich praktyk zawodowych w całości *lub części (jakiej)* *
- o zaliczenie pracy zawodowej w (nazwa zakładu)
-, w okresie
- jako równoważnej praktykom zawodowych w całości lub w części (jakiej) **.

Przedkładam następujące dokumenty potwierdzające: - odbycie praktyk zawodowych* (studenci stacjonarni) lub - pracę zawodową oraz zakres obowiązków i kompetencji ** (studenci niestacjonarni):

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

.....
podpis studenta

Załączniki: szt. na str.

Legenda:

- * studenci stacjonarni
- ** studenci niestacjonarni
- */** niepotrzebne skreślić