



Warszawska Uczelnia Medyczna im. Tadeusza Koźłuka

ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa

www.wumed.edu.pl

.....
nazwisko i imię

Data:

.....
adres zamieszkania

student/ka kierunku Dietetyka

.....
numer indeksu

.....

rok

semestr

.....
rok akademicki

Podanie do

Koordynatora Praktyk Zawodowych

na kierunku Dietetyka

WUMed w Warszawie

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie praktyki zawodowej w

.....
nazwa podmiotu

w roku studiów, semestrze, w wymiarze godzin.

Uzasadnienie

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

Jednocześnie oświadczam, że znane mi są zapisy Regulaminu Praktyk Zawodowych kierunku Dietetyka.

.....
data i czytelny podpis studenta