



Warszawska Uczelnia Medyczna im. Tadeusza Koźłuka

00-728 Warszawa, ul. Bobrowiecka 9, www.wumed.edu.pl
tel. +48 22 559 20 00, fax: +48 22 841 31 27

.....
nazwisko i imię

Data:.....

.....
adres zamieszkania

student/ka kierunku Kosmetologia

.....
numer indeksu

.....

rok semestr

.....
rok akademicki

Podanie do
Koordynatora Praktyk Zawodowych
na kierunku Kosmetologia

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 Kosmetologia.

.....
data i czytelny podpis studenta