



Warszawska Uczelnia Medyczna im. Tadeusza Kościuszki

ul. Bobrowiecka 9, 00-728 Warszawa

www.wumed.edu.pl

.....
imię i nazwisko

.....
kierunek – tryb studiów

..... / /
semestr - grupa nr albumu

.....
adres

.....

.....
adres e-mail (czytelnie)
telefon

Warszawa, dnia

Wpłynęło dnia

Nr rejestru

Podpis przyjmującego

KOORDYNATOR ds. Pielęgniarstwa

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na realizację we własnym zakresie praktyk zawodowych przewidzianych w programie studiów, z zakresu oraz w liczbie godzin:

1.
2.
3.

.....
(podpis studenta)

Wyrażam zgodę na odbycie praktyk zawodowych w placówce (**dane lub pieczętka placówki oraz pisemna zgoda placówki**):

.....
.....

1. Oddział
2. Opiekun praktyk zawodowych
3. Termin praktyk zawodowych
4. Zgoda placówki: Wyrażam zgodę, Nie wyrażam zgody¹

.....
Opiekun praktyk zawodowych

DECYZJA

.....
.....

¹ Właściwe podkreślić