



.....

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 i Położnictwa**

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 zgody<sup>1</sup>

.....  
Opiekun praktyk zawodowych

DECYZJA

.....  
.....

<sup>1</sup> Właściwe podkreślić