



MAZOWIECKA UCZELNIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

Wydział Nauk Medycznych

Warszawa, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
kierunek - tryb studiów

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

.....
adres

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

.....
telefon

Wpłynęło dnia

Nr rejestru

Podpis przyjmującego

**Koordynator d/s ćwiczeń klinicznych
i praktyk zawodowych
Wydziału Nauk Medycznych
na kierunku Fizjoterapia
Mazowieckiej Uczelni Medycznej w Warszawie
mgr Michał Supowicz**

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

1.
2.
3.
4.
5.

W załączniku przekładam zgodę placówki.

.....
(podpis studenta)

Wyrażam zgodę na odbycie ćwiczeń klinicznych w placówce (dane placówki lub pieczęć placówki):

-
.....
.....
1. Oddział
 2. Opiekun ćwiczeń klinicznych
 3. Termin ćwiczeń klinicznych

.....
Dyrektor / Kierownik placówki Służby Zdrowia

DECYZJA

.....
(data i podpis Prodziekana)

Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie

ul. Rydygiera 8, 01-793 Warszawa

Dziekanat 662- 215-628 dziekanat@mum.edu.pl Kwestura 662-215-734 kwestura@mum.edu.pl

www.mum.edu.pl