



MAZOWIECKA UCZELNIA MEDYCZNA W WARSZAWIE

Wydział Nauk Medycznych

.....
imię i nazwisko

.....
kierunek - tryb studiów

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

.....
adres

.....

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

.....
telefon

Warszawa, dnia

Wpłynęło dnia

Nr rejestru

Podpis przyjmującego

**Koordinator 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 praktyk zawodowych przewidzianych w programie studiów, z zakresu oraz w liczbie godzin:

1.
2.
3.

W załączniku przekładam zgodę placówki.

.....
(podpis studenta)

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki zawodowej w placówce (dane placówki lub pieczęta placówki):

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

1. Oddział
2. Opiekun praktyk zawodowych
3. Termin praktyk zawodowych

.....
Dyrektor / Kierownik placówki Służby Zdrowia

DECYZJA

.....
(data i podpis Prodziekana)