



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

DZIEKAN
Wydziału Nauk Medycznych
Mazowieckiej Uczelni Medycznej w Warszawie
dr n. med. prof. MUM Zbigniew Jan Piorożek

Zwracam się z prośbą o **zwolnienie z odbywania studenckich praktyk zawodowych** przewidzianych w planie studiów roku, na podstawie § 34 pkt. 3 Regulaminu studiów oraz na podstawie warunków zwolnień określonych w Regulaminie Praktyk na kierunku Fizjoterapia Mazowieckiej Uczelni Medycznej. Mój ogólny staż pracy wynosi lat/miesiący.

W załączniku przekładam zaświadczenie z zakładu pracy oraz wykaz wykonywanych czynności.

.....
(podpis studenta)

Opinia Koordynatora ds. ćwiczeń klinicznych i praktyk zawodowych

.....
.....

.....
(data i podpis)

Decyzja Dziekana Wydziału

.....
.....

.....
(data i podpis)

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