

.....
Imię i nazwisko Studenta

Łódź, dnia.....

.....
Nr albumu

.....
Wydział / kierunek

.....
Rok studiów / rodzaj studiów (st. / nst.)

.....
Telefon kontaktowy

Pani

dr hab. n. o zdrowiu profesor uczelni Ewa Borowiak

Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu

ds. Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

**PODANIE O WYRAŻENIE ZGODY NA ODBYCIE
INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie bezpłatnej, indywidualnej praktyki zawodowej w:

.....
.....

Dokładna nazwa i adres placówki

z przedmiotu.....

w ilości.....godzin, w terminie

.....
Podpis Studenta

Opinia:

Kierownik ds. Praktyk Studenckich

Opinia:

Prodziekan ds. Kierunku Pielęgniarstwo/Prodziekan ds. Kierunku Położnictwo

.....
Data, pieczęć i podpis
Prodziekan ds. Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa