

Łódź, dn.

.....
imię i nazwisko Studenta

.....
nr albumu

.....
kierunek i rok studiów

.....
telefon kontaktowy

.....
adres e-mail

Szanowna Pani

dr hab. n. o zdrowiu profesor uczelni Ewa Borowiak

Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu ds. Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa

Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

**WNIOSEK O ZALICZENIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ NA PODSTAWIE ZATRUDNIENIA, STAŻU LUB
WOŁONTARIATU POTWIERDZAJĄCEGO OSIĄGNIĘCIE EFEKTÓW UCZENIA SIĘ**

Zwracam się z prośbą o zaliczenie praktyki zawodowej
(nazwa przedmiotu)

.....
(nazwa przedmiotu)

w liczbie godzin dydaktycznych na podstawie zatrudnienia/stażu/wolontariatu*

W
.....

W ramach zatrudnienia/stażu/wolontariatu* zrealizowałam/-em następujące efekty uczenia
się:.....
.....
.....
.....

.....
podpis Studenta

Załączniki:

1.

2.

3.

* niepotrzebne skreślić

OPINIA KIEROWNIKA STUDENCKICH PRAKTYK ZAWODOWYCH

Potwierdzam, że efekty uczenia się w ramach praktyki zawodowej (*proszę wpisać nazwę*)

..... wskazane przez

Studenta obejmują:

- a) pełny zakres efektów uczenia się przypisanych do tej praktyki zawodowej
- b) częściowy zakres efektów uczenia się przypisanych do tej praktyki zawodowej
(*proszę wskazać efekty uczenia się, których student nie osiągnął*):

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

.....
*Pieczętka i podpis Kierownika Praktyk Zawodowych
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*

DECYZJA DZIEKANA WYDZIAŁU NAUK O ZDROWIU LUB WYZNACZONEGO PRZEZ NIEGO PRODZIEKANA

Wyrażam zgodę*/nie wyrażam zgody* na zaliczenie praktyki zawodowej (*proszę wpisać nazwę*) w całości*/
w części* Pani/Panu..... na podstawie
zatrudnienia/stażu/wolontariatu* potwierdzającego osiągnięcie efektów uczenia się.

.....
Data i podpis Dziekana/Prodziekana

* niepotrzebne skreślić