|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………..  imię i nazwisko studenta  ……………………………………………..  numer albumu  ……………………………………………..  rok akademicki  ……………………………………………..  nr telefonu | **Załącznik nr 1** do Regulaminu  praktyk zawodowych dla studentów  kierunku lekarskiego |

**WNIOSEK**

**o wyra**ż**enie zgody na zorganizowanie praktyki w szpitalu(poradni)/we własnym zakresie/**

**za granicą\***

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie praktyki zawodowej w

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

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

nazwa i adres Zakładu/Instytucji

w terminie ………...……………………………..……….... zgodnie z załączonym programem praktyki.

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

data i podpis studenta

**Zgoda Zakładu/Instytucji, w której b**ę**dzie realizowana praktyka**:

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na odbycie praktyki zgodnie z załączonym programem praktyk przez studenta

.................................………………………………........................................................................………………….……….……….

imię i nazwisko

w ...........................................................….............................................................................................................................................

nazwa i adres Zakładu/Instytucji

………………………………….… ……………………..........................................................

pieczęć Zakładu/Instytucji data, pieczęć, podpis dyrektora/kierownika Zakładu/Instytucji

**Opinia Opiekuna Praktyk:** ……………………………………………………………..………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………….………….……………...

……………………………………………………………………………………………………………….…………….…………...

**Opinia Dziekana w zakresie obj**ę**tym wnioskiem**

Rekomenduję realizację praktyki/Nie rekomenduję realizacji praktyki\*

**Uzasadnienie** (w przypadku braku rekomendacji)……………………….………………………………….…………………..

…………………………………………………………………………….……………………………………………………………

…………………………………………………………………………….……………………………………………………………

…………………………………………………………………………….……………………………………………………………

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

data i podpis Dziekana

\* niewłaściwe skreślić