

.....
Imię i nazwisko studenta

.....
(Miejscowość, data)

Pielęgniarstwo, Ratownictwo Medyczne, Elektroradiologia, Dietetyka* , rok studiów.....
Kierunek i rok studiów

WNIOSEK

na organizację praktyki zawodowej we własnym zakresie

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na realizację programu praktyki zawodowej w:

.....
Nazwa i adres podmiotu leczniczego

W terminie.....zgodnie z programem praktyki

Przedmiot/nazwa praktyki	Wymiar godzin dydaktycznych	Nazwa podmiotu leczniczego oraz oddziału/działu

Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Niepubliczną Wyższą Szkołę Medyczną moich danych osobowych zawartych we wniosku, w celu uzyskania zgody na realizację programu praktyki zawodowej, zgodnie z przedłożonym wnioskiem.

.....
Data i podpis studenta

*niepotrzebne skreślić

Decyzja podmiotu leczniczego na realizację programu praktyki zawodowej:

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na realizację programu praktyki zawodowej

przez studenta/studentkę
(Imię i nazwisko studenta)

W
(nazwa i adres placówki/podmiotu leczniczego)

Podmiot leczniczy zapewnia warunki realizacji praktyki zawodowej zgodnie z programem praktyki.

Wyznaczam na opiekuna praktyki:
(Imię i nazwisko osoby wyznaczonej przez podmiot)

.....
nr tel. opiekuna praktyk

.....
nr prawa wykonywania zawodu

.....
Data, pieczęć, podpis Dyrektora podmiotu leczniczego

Decyzja Dziekana Niepublicznej Wyższej Szkoły Medycznej

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na realizację programu praktyki zawodowej.

Uzasadnienie (w przypadku nie wyrażenia zgody)

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

.....
Data i podpis Dziekana