***Wzór skierowania na praktyki***

Siedlce, dnia…………………

...........…………………………………

(miejsce na pieczęć Wydziału)

Sz. Pani/Pan

…………………………………………

…………………………………………

…………………………………………

……………………………………………

………………………………………...…

*(Imię i nazwisko dyrektora, nazwa zakładu/podmiotu*

*leczniczego z adresem)*

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie na studencką praktykę zawodową

………………….………………………….…………………….……………………

*(liczba godzin, miejsce/oddział)*

Panią /Pana………………………………………….……, Studenta/Studentkę ............ roku

*(Imię i nazwisko studenta)*

studiów jednolitych magisterskich na kierunku lekarskim Uniwersytetu w Siedlcach.

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

*(podpis i pieczęć Dziekana WNMZ)*

Wyrażam zgodę:

……………………………………………

*(data i podpis Opiekuna Praktyk)*