Siedlce,………………

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

*(Imię i nazwisko studenta)*

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

*(Nr albumu / rok studiów)*

…………………………………………

*(nr telefonu)*

**WNIOSEK**

**o wyra**ż**enie zgody na zorganizowanie wakacyjnej praktyki studenckiej we własnym**

**zakresie**

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie wakacyjnej praktyki studenckiej

w.................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………

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

………………………………………………………………………………………………

*(nazwa i adres zakładu/podmiotu leczniczego)*

w terminie……………………………………….......................................................................

w zakresie………………………………………………………………………………………

*(nazwa praktyki)*

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

*(data i podpis studenta)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Decyzja Opiekuna Praktyk

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki/Nie wyrażam zgody na odbycie praktyki

Uzasadnienie (w przypadku niewyrażenia zgody)

…………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………….

*(data i podpis Opiekuna Praktyk)*