



SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ

CZEŚĆ A (wypełnia Uczelnia / Szkoła kierująca Studenta / Słuchacza / Ucznia na praktykę)

Uczelnia/ Szkoła

kieruje Studenta/ Słuchacza/ Ucznia

rok studiów (szkoły) Wydział

Kierunek

do Wojewódzkiego Zespołu Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej (nazwa skrócona: CM Dobrzyńska), ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław, celem odbycia praktyki z przedmiotu (z zakresu):

.....
w wymiarze godzin (suma godzin do realizacji), w terminie od do.....

Uczelnia/ Szkoła wyznacza Koordynatora praktyki w osobie

dane do kontaktu (nr telefonu) adres e-mail

Załączniki: Program praktyki

(w przypadku podpisania porozumienia o organizację praktyki, niniejszy program będzie stanowił załącznik Nr 1 do porozumienia)

Podpis i pieczęć osoby kierującej na praktykę:

CZEŚĆ B (wypełnia CM Dobrzyńska – komórka organizacyjna przyjmująca Studenta/ Słuchacza/ Ucznia na praktykę)

Po zapoznaniu się z Programem praktyki wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody (zaznaczyć właściwe)

na odbycie przez Studenta/ Słuchacza/ Ucznia praktyki w (wpisać komórkę organizacyjną)
....., w terminie od do

Wyznaczam opiekuna praktyki w osobie

dane do kontaktu (nr telefonu)

Przyczyny nie wyrażenia zgody na praktykę:

.....

Podpis kierownika komórki organizacyjnej:

CZEŚĆ C (wypełnia CM Dobrzyńska)

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody (zaznaczyć właściwe)

Dyrektor

“Dobrze na Dobrzyńskiej. Dbamy o Twoje zdrowie”