Zał. 1

Olsztyn, 2020- ……- …..

----------------------------------------------------

*(Imię i nazwisko Studenta)*

-----------------------------------------------------

*(Nr albumu)*

-----------------------------------------------------

*(Kierunek i poziom studiów)*

------------------------------------------------------

*(studia stacjonarne/studia niestacjonarne\*)*

Pan/i

Dyrektor Filii w Ełku

W-ce Dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego

 Prodziekan ds. kształcenia/studiów

 Wydziału …………………………………………………

WNIOSEK

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na realizację zajęć kształtujących umiejętności praktyczne w formie\*\*:

1. zajęć praktycznych\*
2. praktyki zawodowej\*

w ……………………………………………………………………………………………………………………

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

*(podać nazwę podmiotu leczniczego lub instytucji prowadzącej działalność sanitarno-epidemiologiczną realizującą zadania w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2).*

 ………………………………………….

 *(podpis Studenta)*

\*właściwe zaznaczyć

\*\*zaliczenie wykonywanych zajęć na poczet części lub całości zajęć kształtujących umiejętności praktyczne, w tym zajęć praktycznych i praktyk zawodowych może nastąpić na podstawie zaświadczenia wydanego przez dany podmiot, w którym student wykonywał te czynności, uwzględniającego informacje o liczbie godzin i charakterze wykonywanych czynności