

Olsztyn,.....r.

SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ

Szkoła Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego

kieruje Pana/Panią, studentka/tkę roku

studiów stacjonarnych, stopnia kierunku.....

do.....

* (nazwa zakładu/podmiotu leczniczego)

celem odbycia **praktyki zawodowej** z przedmiotu

w wymiarze.....godzin dydaktycznych.

.....
(podpis osoby uprawnionej)

ZGODA ZAKŁADU/PODMIOTU LECZNICZEGO

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki zawodowej na podstawie Umowy na realizację zajęć dydaktycznych w terminie

.....
(podpis osoby uprawnionej)

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych takich jak imię, nazwisko oraz forma i kierunek studiów do

(nazwa zakładu/podmiotu leczniczego)

w związku z odbywaniem przeze mnie praktyki zawodowej

w dniach (*proszę wskazać ustalone daty praktyk zawodowych w przypadku innych godziny niż ranne wpisać również godziny*)

.....
(data, imię, nazwisko i podpis studenta)