Załącznik Nr 1

do „Wewnętrznego Systemu Zapewnienia Jakości Kształcenia”

Wydziału Nauk o zdrowiu Collegium Medicum UWM w Olsztynie

Olsztyn,……………………………………………r.

**SKIEROWANIE**

Dziekanat Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego kieruje Pana/Panią …………………………………………………, studentka/tkę …..roku studiów stacjonarnych.. stopnia kierunku…………………….

do……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* (nazwa zakładu/podmiotu leczniczego )

Celem odbycia praktyk zawodowych z przedmiotu ……………………… w wymiarze………..godzin.

PRODZIEKAN

……………………

(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 związki z odbywaniem przeze mnie praktyki zawodowej.

…….…………………………

(data, imię, nazwisko i podpis studenta)

* Informacja dotycząca placówki realizacji praktyk zawodowych