

Kraków, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(grupa, kierunek studiów)

studia licencjackie/magisterskie/jednolite magisterskie*

**Koordinator ds. Praktyk i Zajęć Klinicznych
dr n. med. Magdalena Macko**

Zwracam się z prośbą o zaliczenie praktyk zawodowych na podstawie paragrafu 5,
ust. 5 i 6 Regulaminu Praktyk Zawodowych.

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

.....
(własnoręczny podpis)

Decyzja Koordynatora ds. Praktyk i Zajęć Klinicznych:

Wyrażam zgodę/ Nie wyrażam zgody z powodu.....

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

Kraków, dnia

*niepotrzebne skreślić