

Kraków, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(grupa, kierunek studiów)

studia licencjackie/magisterskie/jednolite magisterskie\*

**Koordinator Praktyk Studenckich 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 Praktyk Studenckich i Zajęć Klinicznych:

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

Kraków, dnia .....

\*niepotrzebne skreślić