



**COLLEGIUM MEDICUM
WYDZIAŁ LEKARSKI**

Łódź,.....

.....

.....

Imię i nazwisko studenta, nr albumu

.....

.....

Kierunek, tryb studiów, rok studiów

.....

Telefon kontaktowy

.....

.....

Nazwa i adres Podmiotu leczniczego

PODANIE

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie praktyki zawodowej w zakresie w semestrze, w roku studiów, roku akademickim 2023/2024. Realizacja praktyki zawodowej będzie obejmowała godzin w oddziale szpitalnym / podmiocie leczniczym

Proszę o termin praktyki

.....

Podpis studenta



*Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody **
na przyjęcie na praktykę zawodową

Na opiekuna praktyki proponuję:

.....
.....

(Tytuł zawodowy / specjalizacja / imię i nazwisko / oddział / numer telefonu)

.....
Pieczczę Podmiotu leczniczego

.....
*Podpis i pieczętka Kierownika Podmiotu lub osoby
upoważnionej*

** Niepotrzebne skreślić*



Zgoda osoby wyznaczonej na opiekuna praktyki

.....
Podpis i pieczętka opiekuna praktyki

.....
*Podpis i pieczętka Kierownika Podmiotu lub
osoby upoważnionej*