**Załącznik nr 1**

do uchwały nr 11/20 z dnia 27.05.2020

Wydziałowej Rady ds. kształcenia

Collegium Medicum

Uniwersytetu Zielonogórskiego

imię i nazwisko studenta

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

nr albumu

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

rok/wydział/kierunek

………………………………………… nr telefonu

**WNIOSEK**

**o wyra**ż**enie zgody na zorganizowanie praktyki w Szpitalu Uniwersyteckim/we własnym zakresie\***

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie praktyki zawodowej w

......................................................................................................................................................................................................... nazwa i adres Zakładu/Instytucji

w terminie …………………………………………………….................... zgodnie z załączonym programem praktyki.

...................................................................................... data i podpis studenta

**Zgoda Zakładu/Instytucji, w której b**ę**dzie realizowana praktyka**:

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na odbycie praktyki zgodnie z załączonym programem praktyk.

przez studenta .................................………………………………........................................................................…………

 imię i nazwisko

w...........................................................…......................................................................................................................................

 nazwa i adres Zakładu/Instytucji

………………………………….… ……………….......................................................................... pieczęć Zakładu/Instytucji data, pieczęć, podpis dyrektora/kierownika Zakładu/Instytucji

**Opinia Opiekuna Praktyk:** ……………………………………………………………..…………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………….…………………...

……………………………………………………………………………………………………………….…………………...

**Opinia Dziekana w zakresie obj**ę**tym wnioskiem**

Rekomenduję realizację praktyki/Nie rekomenduję realizacji praktyki\*

**Uzasadnienie** (w przypadku braku rekomendacji)……………………….………………………………………………..

…………………………………………………………………………….………………………………………………………

…………………………………………………………………………….………………………………………………………

…………………………………………………………………………….………………………………………………………

 ............................................................................... data i podpis Dziekana

\* niewłaściwe skreślić