

.....
Imię i nazwisko studenta

.....
Miejscowość, data

.....
Kierunek, rok i forma studiów

.....
Telefon kontaktowy

.....
.....

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie programowej praktyki zawodowej w wymiarze 120 godzin,

w terminie od.....do.....

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

(uzasadnienie prośby studenta)

Z poważaniem,

.....
*Pieczęć ośrodka
lub dokładne dane -
nazwa ośrodka i adres*

.....
Miejscowość, data

Pan/Pani

.....
(imię i nazwisko studenta)

Zgoda na odbycie praktyki zawodowej

W odpowiedzi na Pana/Pani prośbę, wyrażam zgodę na odbycie programowej praktyki zawodowej na kierunku Fizyka (specjalność Fizyka medyczna) w wymiarze 120 godzin,

(rodzaj praktyki/przedmiotu)

(ilość godzin praktyki)

w terminie od.....do.....

Na opiekuna praktyki wyznaczam Pana/Panią
Wskazany opiekun spełnia wymaganie minimum 3-letniego zatrudnienia w

.....
(nazwa ośrodka)

Jednocześnie oświadczam, że praktyka zawodowa będzie realizowana w

.....
(oddział/jednostka)

.....
pieczęć, podpis osoby upoważnionej