………………………………………………

(pieczęć jednostki organizacyjnej WUM)

Warszawa, dn. ………………………………

………………………………………………...

(imię i nazwisko studenta)

………………………………………………....

(nr indeksu / rok studiów)

…………………………………………………

(nr telefonu kontaktowego)

Dziekan

Wydziału Lekarsko-Stomatologicznego

WNIOSEK

o wyrażenie zgody na odbycie wakacyjnej praktyki studenckiej we własnym zakresie

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie wakacyjnej praktyki studenckiej w…………………………………..

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

(nazwa i adres zakładu pracy/podmiotu leczniczego)

w terminie zgodnie z załączonym do Wniosku programem praktyki.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych takich jak: imię i nazwisko oraz

forma i kierunek studiów do:

(nazwa zakładu pracy /podmiotu leczniczego)

w związku z odbywaniem przeze mnie praktyki studenckiej.

……………….……………………………………………………………

(podpis studenta)

**Opinia opiekuna praktyk wakacyjnych w Wydziale**

(wypełnia opiekun -pracownik WUM)

**Wyrażam zgodę** na odbycie praktyki / **Nie wyrażam zgody** na odbycie praktyki.

Uzasadnienie (w przypadku decyzji odmownej).........................................................................................................................

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

Warszawa,………………………………………………………………..

(data, imię, nazwisko i podpis opiekuna praktyk)