

.....  
(Imię i nazwisko studenta)

Warszawa, .....

.....  
(Nr indeksu / rok studiów)

.....  
(nr telefonu)

.....  
(forma studiów: stacjonarne/niestacjonarne)

**WNIOSEK**  
**o wyrażenie zgody na zorganizowanie wakacyjnej praktyki studenckiej we własnym zakresie**

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie wakacyjnej praktyki studenckiej

W .....

(nazwa i adres Zakładu/Instytucji leczniczej)

w terminie.....

w zakresie.....

(nazwa praktyki)

.....  
(data i podpis studenta)

---

Decyzja Opiekuna Praktyk

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

Uzasadnienie (w przypadku nie wyrażenia zgody)

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

.....  
(data i podpis Opiekuna Praktyk)