*.................................................................................. .................................................*

*imię i nazwisko miejscowość, data*

*..................................................................................*

*kierunek, typ, forma studiów*

*................................................................................*

*numer albumu*

*..............................................................................*

*telefon, adres e-mail*

**Szanowna Pani**

**Prof. dr hab. Alina Borkowska**

**Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu**

**Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera**

**w Bydgoszczy**

**Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu**

Proszę o zawarcie porozumienia /akceptację współpracy z .......................................

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

*(nazwa jednostki szkolącej)*

 celem realizacji praktyki śródrocznej: ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*(nazwa praktyki)*

w wymiarze: ………………………. godzin.

 *(nazwa praktyki)*

Okres realizacji praktyki: od .......…………….……….... do ………….…………....

*(należy wpisać termin ustalony po konsultacji z jednostką szkolącą)*

 *……………………………………………*

 *(podpis studenta)*

*…………………………………………………………………….. ……………………………………………*

*(podpis przedstawiciela jednostki szkolącej ) (podpis opiekuna praktyk z jednostki*

 *wydziałowej odpowiedzialnej za realizację praktyki)*

 *……………………………………………*

 *(podpis Dziekana)*

W załączeniu dokumenty:

* oświadczenie studenta o posiadanym ubezpieczeniu OC