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

*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 akceptację realizacji praktyki wakacyjnej w:

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

*(nazwa jednostki szkolącej oraz adres)*

 nazwa praktyki wakacyjnej: .........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*(nazwa praktyki)*

w wymiarze: ………………………. godzin.

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

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

Proszę o wydanie (zaznaczyć właściwe):

* porozumienia ze skierowaniem;
* porozumienia bez skierowania;
* skierowania bez porozumienia;
* inne:......................................................................................................................................................

 *……………………………………………*

 *(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