

.....
imię i nazwisko

.....
miejscowość, data

.....
kierunek, poziom, tryb studiów

.....
numer albumu

.....
telefon, adres e-mail

Szanowna Pani
Prof. dr hab. Alina Borkowska
Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Proszę o zawarcie porozumienia /akceptację współpracy z:

.....
.....

(nazwa placówki szkolącej)

celem realizacji praktyki zawodowej:

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

(nazwa praktyki)

w wymiarze: godzin.

Okres realizacji praktyki: od do

(należy wpisać termin ustalony po konsultacji z placówką szkolącą)

Uzasadnienie indywidualnej realizacji praktyk:

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

.....
(podpis studenta)

.....
(podpis i pieczęć przedstawiciela placówki szkolącej)

.....
(podpis opiekuna praktyk z jednostki
wydziałowej odpowiedzialnej za realizację praktyki)

.....
(podpis Dziekana)

W załączeniu dokumenty:

- oświadczenie studenta o posiadanym ubezpieczeniu OC