

Zgoda Placówki

na realizację bezpłatnych indywidualnych praktyk zawodowych  
studentów Uniwersytetu Opolskiego– Wydziału Nauk o Zdrowiu –   
Kierunku POŁOŻNICTWO studia **drugiego stopnia** rok akademicki 2020/2021

studia stacjonarne **rok** …....

Nazwisko imię studenta……………………......................................tel. ....................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | Nazwa przedmiotu | Data realizacji  od ……. | Data realizacji  do…… | Liczba godzin  dydaktycznych |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

**Dokładna nazwa Placówki:**

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

Adres: ……………………………………………………………………………………………………………….………..………

Osoba z którą Uczelnia ma zawrzeć Porozumienie (Dyrektor/ Prezes/ Kierownik):: ………………………………

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

Pieczątka Placówki Podpis i pieczątka osoby upoważnionej

**Prorektor**/ **Koordynator kierunku/ Koordynator praktyk zawodowych POŁOŻNICTWO – Uniwersytet Opolski:**

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody: na realizację praktyk zawodowych.

Podpis i pieczątka