

Zgoda placówki

na realizację bezpłatnych indywidualnych praktyk zawodowych dla studentów studiów
pierwszego*/drugiego* stopnia kierunku Pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowiu

Uniwersytetu Opolskiego

Rok akademicki.....

Studia stacjonarne, semestr

Nazwisko imię studentatel.

LP	Nazwa przedmiotu	Data realizacji od	Data realizacji do.....	Ilość godzin dydaktycznych
1				
2				
3				
4				
5				

Nazwa oddziału/ów szpitalnego/ych:

.....

Nazwa i adres placówki medycznej:

.....

NIP.....REGON.....KRS.....

Imię i nazwisko osoby zarządzającej placówką medyczną (Dyrektor/ Prezes/ Kierownik):

.....

.....

Pieczętka Placówki
upoważnionej

Podpis i pieczętka osoby

Prorektor/ Koordynator kierunku/ Koordynator praktyk zawodowych dla kierunku Pielęgniarstwo- Uniwersytet Opolski

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody na realizację praktyk zawodowych.

Podpis i pieczętka