

.....
(Imię i nazwisko studenta)

.....
(Miejscowość, data)

.....
(rok i kierunek studiów)

.....
(numer telefonu)

.....
(adres e mail)

Pani
mgr piel. Mariola Wojtal
Koordynator praktyk zawodowych na kierunku
Pielęgniarstwo
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Opolski

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie indywidualnej/indywidualnych,
bezpłatnej/bezpłatnych* praktyki/praktyk* z przedmiotu/ów*:

.....

w okresie od do

w

.....

(nazwa i adres placówki/nazwa oddziału/ów) w wymiarze godzin dydaktycznych.

Załączniki:

- zgoda dyrektora placówki na realizację indywidualnych praktyk zawodowych
- kryterium doboru miejsc kształcenia praktycznego dla kierunku Pielęgniarstwo
- kryterium kwalifikacji opiekuna praktyk zawodowych
- plan indywidualnych praktyk zawodowych
- oświadczenie studenta

Z poważaniem

.....

(podpis studenta)