

## Zgoda Placówki

na realizację bezpłatnych indywidualnych praktyk zawodowych  
studentów Uniwersytetu Opolskiego– Wydziału Nauk o Zdrowiu –

Kierunku POŁOŻNICTWO studia **pierwszego stopnia** rok akademicki 2024/2025

studia stacjonarne **rok** .....

Nazwisko imię studenta.....tel. ....

e-mail:.....

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

### Dokładna nazwa Placówki:

.....

Adres: .....

**NIP:**..... **REGON:**..... **KRS:**.....

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

.....

Pieczętka Placówki

Podpis i pieczętka osoby upoważnionej

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

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

Podpis i pieczętka