

Zgoda Placówki

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

Kierunku POŁOŻNICTWO studia **pierwszego stopnia** rok akademicki/.....

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