

Załącznik nr 3 do
Z.100.2024.2025
z dnia 18 kwietnia 2025 r.

Bydgoszcz, dnia

Politechnika Bydgoska
im. Jana i Jędrzeja Śniadeckich
Wydział Medyczny
ul. Kaliskiego 7, 85-796 Bydgoszcz



SKIEROWANIE NA PRAKTYKI ZAWODOWE

Pełnomocnik Dziekana ds. praktyk zawodowych Wydziału Medycznego Politechniki Bydgoskiej
kieruje Pana/Panią..... Studenta/Studentkę
roku studiów kierunku lekarskiego do:
.....

(nazwa zakładu pracy/podmiotu leczniczego i adres odbywania praktyk),
celem odbycia praktyk zawodowych w terminie

Politechnika Bydgoska zawarła porozumienie w sprawie odbywania praktyk w dniu z wyżej
wymienioną jednostką podmiotu leczniczego.

.....

(podpis i pieczęć osoby uprawnionej)

WYPEŁNIA STUDENT

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych takich jak: imię i nazwisko oraz forma i kierunek studiów, do:

.....

(nazwa zakładu pracy/podmiotu leczniczego)

w związku z odbywaniem przeze mnie praktyki studenckiej.

Bydgoszcz,

(data, imię, nazwisko i podpis studenta)