Załącznik nr 5 do
Z.154.2025.2026
z dnia 30 września 2026 r.

POLITECHNIKA BYDGOSKA
Wydział Medyczny

Imię: ……..……

Nazwisko: ……..…

Nr albumu: ……....….

Kierunek: ……..……

Rok: …… semestr: …..…..…

E-mail: …….....……..…

Telefon: ……...……..……

Bydgoszcz, dnia ……..…… r.

Pan/i

……...……..

Pełnomocnik dziekana ds. praktyk zawodowych

Wydział Medyczny

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na możliwość odbywania praktyki zawodowej w (w przypadku placówek zewnętrznych proszę podać: adres, nr telefonu oraz mail do osoby odpowiedzialnej za praktyki, NIP lub inny numer ewidencyjny np. KRS)

……

……

……

(nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

w dniach od …… do ……,

z zakresu: ……...…

(nazwa praktyki)

Realizacja praktyki w ww. placówce na oddziale:

……

(nazwa preferowanego oddziału)

pozwoli mi osiągnąć efekty uczenia się zgodnie z programem praktyki.

……...……

czytelny podpis studenta

Wyrażam/nie wyrażam zgody*

……
pieczątka i podpis pełnomocnika
dziekana ds. praktyk zawodowych

Uwagi pełnomocnika: ……....
……..……..……
……..……..……..

**niepotrzebne skreślić*