Załącznik nr 4 do
Z.153.2025.2026
z dnia 30 września 2026 r.

POLITECHNIKA BYDGOSKA
Wydział Medyczny

Imię: …….....

Nazwisko: ……

Nr albumu: ……....….

Kierunek: ……..……

Rok: …… semestr: ……..……

E-mail: …….....……..…

Telefon: ……...…….……

Bydgoszcz ……..…….

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 oraz nr telefonu, mail do osoby odpowiedzialnej za praktyki, NIP lub 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 zgodę/nie wyrażam zgody*

……..……..……

podpis i pieczątka Pełnomocnika dziekana ds. praktyk zawodowych

Uwagi pełnomocnika …….

……..……..……..…

……..……...

**niepotrzebne skreślić*