......................................................................................... Poznań, …………………………….......................

imię i nazwisko studenta

.......................................

numer albumu rok studiów, grupa

……………………………………………………………………………………

nr telefonu/ adres e-mailowy

......................................................................................

adres do korespondencji

***Sz. Pani***

***Dr hab. Anna Mania***

***Kierownik Praktyk Wakacyjnych***

***dla studentów Wydziału Lekarskiego I***

***UMP***

**Podanie studenta o :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wyrażenie zgody na odbycie praktyk wakacyjnych  w ramach **„ERASMUS+”**  **zgodnych z programem studiów** |  | Wyrażenie zgody na odbycie praktyk wakacyjnych  w ramach **„ERASMUS+” dodatkowych** |
|  | Wyrażenie zgody na odbycie praktyk wakacyjnych  w ramach **IFMSA-Poland**  **zgodnych z programem studiów** |  | Wyrażenie zgody na odbycie praktyk wakacyjnych  w ramach **IFMSA-Poland dodatkowych** |
|  | Wyrażenie zgody na odbycie praktyk wakacyjnych  za granicą organizowanych indywidualnie  **zgodnych z programem studiów** |  | Wyrażenie zgody na odbycie praktyk wakacyjnych  za granicą organizowanych indywidualnie  **dodatkowych** |
|  | INNE : |  |  |
| **TERMIN ODBYWANIA PRAKTYK:** | | | |

**Uzasadnienie**

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ **Decyzja Kierownika Praktyk:** ................................................................................

data i czytelny podpis studenta