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

**Uzasadnienie**

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

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

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

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

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

 data i czytelny podpis studenta