
(imię i nazwisko)

Kraków, dnia _____ r.

WYDZIAŁ LEKARSKI

Kierunek: Lekarski

Numer albumu: _____

Rok studiów: _____ Semestr: _____

Studia stacjonarne

Poziom studiów: studia jednolite magisterskie

dr Janusz Ligęza
Dziekan Wydziału Lekarskiego
Uniwersytetu Andrzeja Frycza Modrzewskiego w
Krakowie

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na indywidualną realizację praktyk wakacyjnych w roku akademickim _____

Praktyka wakacyjna w zakresie: _____

Miejsce (Podmiot leczniczy) odbywanej praktyki: _____

Termin odbywanej praktyki: _____

(podpis studenta)

Załączniki do podania:

1. _____
2. _____

Uwagi dziekanatu: _____

Decyzja Dziekana: Na podstawie § 6 pkt.3 Regulaminu praktyk zawodowych Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego *wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na indywidualną realizację praktyk wakacyjnych w roku akademickim _____

Uzasadnienie decyzji odmownej: _____

Kraków, dnia _____

Podpis i pieczęć Dziekana: _____

Pouczenie:

Od niniejszej decyzji służy odwołanie do Rektora Uniwersytetu Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie za pośrednictwem Dziekana Wydziału Lekarskiego w terminie 14 dni od otrzymania decyzji.

Potwierdzam odbiór decyzji: _____

(data i podpis studenta)

* niepotrzebne skreślić