

\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko)

Kraków, dnia \_\_\_\_\_ r.

**WYDZIAŁ LEKARSKI**

Kierunek: Lekarski

Numer albumu: \_\_\_\_\_

Rok studiów: \_\_\_\_\_ Semestr: \_\_\_\_\_

Studia stacjonarne

Poziom studiów: studia jednolite magisterskie

**Prof. UAFM 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 Krakowskiej Akademii 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