Procedura: UKJK-O-7  
Załącznik nr 12: **UKJK-O-7/12**

**PODANIE O ODBYCIE PRAKTYK ZAWODOWYCH   
DLA KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO**

Lublin, dnia ...........................................

Imię i nazwisko ........................................................

Kierunek, specjalność ............................................. / .............................................

Numer albumu / rok / tryb ......................... / ......................... / .........................

Adres korespondencyjny

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

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

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

Numer telefonu ........................................................

**Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej w:**

……………………………………………………………………………………………………………………….………………..  
*(pełna nazwa oraz adres jednostki ochrony zdrowia)*

z przedmiotu: ........................................................................................................................................................................................

na Oddziale: ..........................................................................................................................................................................................

w terminie od ................................. do ................................. - ..................... *(łączna ilość godzin).*

Instytucję reprezentuje ........................................................................................................... - ...........................................................  
 *(imię i nazwisko)* *(stanowisko)*

Opiekunem praktyki z ramienia w/w Instytucji jest:

…………………………………………………………….…………………………………………………………………………..  
*(imię i nazwisko Opiekuna)*

.................................................................. ....................................................  
 *(zgoda w/w Instytucji na odbycie praktyki)*  *(data i podpis Studenta)*

**Praktyki zawodowe będą realizowane bezpłatnie**

**Decyzja Dziekana Wydziału Nauk o Człowieku**

**LUBELSKIEJ AKADEMII WSEI**

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody**\* na odbycie studenckiej praktyki zawodowej w w/w jednostce ochrony zdrowia.

...................................................................... ......................................................................  
 *(podpis opiekuna kształcenia praktycznego) (data i podpis Dziekana)*

*\*Niepotrzebne skreślić*