*.................................................................................. .................................................*

*imię i nazwisko miejscowość, data*

*..................................................................................*

*kierunek, typ, forma studiów*

*................................................................................*

*numer albumu*

*..............................................................................*

*telefon, adres e-mail*

**Szanowny Pan**

**Prof. dr hab. Paweł Zalewski**

**Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu**

**Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera**

**w Bydgoszczy**

**Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu**

Proszę o zawarcie porozumienia w celu realizacji praktyki wakacyjnej w:

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

*(nazwa jednostki szkolącej oraz adres)*

 nazwa praktyki wakacyjnej: .........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*(nazwa praktyki)*

w wymiarze: ………………………. godzin.

Okres realizacji praktyki: od .......…………….……….... do ………….…………....

 *(należy wpisać termin ustalony po konsultacji z jednostką szkolącą)*

Proszę o wydanie porozumienia ze skierowaniem;

 *……………………………………………*

 *(podpis studenta)*

 *………………………………………………….…………*

 *(podpis opiekuna praktyk z jednostki*

 *wydziałowej odpowiedzialnej za realizację praktyki)*

 *…………………………………………………………..*

 *(podpis Dziekana)*

W załączeniu dokumenty:

* oświadczenie studenta o posiadanym ubezpieczeniu OC i NNW
* zgoda jednostki szkolącej