*……………………………………………………………………………. ……………………………………………………*

*imię i nazwisko miejscowość, data*

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

*kierunek, rok, typ, forma studiów*

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

*numer albumu*

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

*telefon, adres e-mail*

**Szanowna Pani**

**Prof. dr hab. Alina Borkowska**

**Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu**

**Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera**

**w Bydgoszczy**

**Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu**

*drogą służbową przez:*

**Koordynatora ds. praktyk właściwego kierunku**

Proszę o zaliczenie ………... godzin realizowanych w ramach przedmiotu: ………………………………………..……………………, forma zajęć: …………………………………………………z uwagi na wykonywanie czynności w ramach zadań realizowanych przez …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(nazwa jednostki)*

w związku z zakażeniami SARS-Cov-2.

Wykaz wykonywanych czynności:

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

Okres realizacji czynności: od .......…………….……….... do ………….…………....

*……………………………………………*

*(podpis studenta)*

*…………..……………………………………………*

*(akceptacja i podpis koordynatora praktyk)*

*……………………………………………*

*(podpis Dziekana)*

W załączeniu dokumenty:

* Zaświadczenie o liczbie godzin i charakterze wykonywanych czynności, wydane przez podmiot, w którym student wykonywał czynności związanie z zakażeniami Sars-Cov-2.