Opole, ……….…………..

 Wydział Lekarski Uniwersytetu Opolskiego kieruje na odbycie **praktyki zawodowej/wakacyjnej** w Państwa Zakładzie/Instytucji/Jednostce studenta/kę **Kierunku Lekarskiego:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko studenta:** |  |
| **Nr albumu:** |  |
| **Rok studiów,****Studia stacjonarne/niestacjonarne:** |  |
| **Rok akademicki:** |  |
| **Praktyka w zakresie:** |  |
| **Wymiar godzinowy:** |  |
| **Termin odbywania praktyki:** |  |
| **Imię i nazwisko opiekuna praktyki:** |  |
| **Pełna nazwa jednostki przyjmującej:** |  |
| **Dokładny adres jednostki przyjmującej:** | Miejscowość.............................................................................................Kod ........................................................................................................Ulica .......................................................................................................Województwo...........................................................................................Telefon..................................................................................................... |
| **Jednostka kierująca:*** **podpis osoby upoważnionej**
* **pieczątka**
 |  |