imię i nazwisko studenta …………………..………..…………..
rok i tryb studiów ……………………………………………...
kierunek studiów ……………………………………………….

adres e-mail ……………………………………….

 Szanowny Pan

*Prof. dr hab. Ryszard Marciniak*

Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu

Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego
w Poznaniu

W oparciu o odbytą pracę proszę o zaliczenie:

- części zajęć/grupy zajęć kształtujących umiejętności praktyczne\*: ……………………………………………………

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

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

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

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

- praktyki zawodowej: …………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

W załączeniu dokumentacja:

1. Skierowanie od wojewody/umowa o pracę/umowa o wolontariat/ inne\*,
2. potwierdzone przez opiekuna sprawozdanie z przebiegu pracy/wolontariatu \* (zawierające m. in. miejsce pracy, termin i  godziny pracy oraz opis wykonywanych czynności),
3. inne dokumenty…………….……………………………..……………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Poznań, dnia ………………………………… ……………………………………………………………..

 data i czytelny podpis studenta

**Opinia prodziekana** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………... ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………... ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

 …………………………………………………………..

Poznań, dnia ……………………………… podpis i pieczęć imienna

**Decyzja Dziekana**

Wyrażam/nie wyrażam\* zgodę na zaliczenie częściowe/całkowite\*zajęć/grupy zajęć kształtujących umiejętności praktyczne, praktyki zawodowej/wakacyjnej\* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..... …………………………………………………………………………………………………………………………………………….………...

 ………………………………………………

Poznań, dnia ………………………… podpis i pieczęć imienna Dziekana

\*niewłaściwe skreślić