|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| logo polskie |  | Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w PoznaniuWYDZIAŁ ………………………………………… |  |
|  | ul. Bukowska 7060-812 Poznań | Pełnomocnik ds. praktyk:…………………………………….. imię i nazwisko   |  |
|  |  |  |  |  |

 Poznań, dnia………………..

**SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ**

W ramach zwartego porozumienia kieruję Pana /Panią …………………………………………………. studenta/kę ………. roku kierunku ……………………………………., numer albumu……………… na praktykę zawodową do:

……………………………………………………………………………………………………………

nazwa i adres instytucji

…………………………………………………………………………………………………………

Czas trwania praktyki od ……………….. r. do ………………. r.

………………………………….

 podpis pełnomocnika ds. praktyk