|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| logo polskie |  | Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  WYDZIAŁ ………………………………………… | |  |
|  | ul. Bukowska 70  60-812 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