UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

…… ……

nazwisko i imię studenta miejscowość, data

……

nr albumu

……

miejsce stałego zamieszkania

……

rok studiów/ kierunek studiów

Podanie o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie praktyki w:

Dokładna nazwa placówki:	
Adres siedziby firmy	
NIP	
REGON	
Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania placówki	
Adres do korespondencji (jeśli inny niż siedziba główna)	
e-mail i nr telefonu	

w terminie …… z zakresu technik dentystycznych

……

podpis studenta

Wyrażam zgodę

Data, pieczęć i podpis osoby upoważnionej (np.: dyrektora/właściciela/prezesa/członka zarządu itp.)	Pieczęć placówki