

Załącznik  
do zarządzenia nr 81/XVI R/2023  
Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu  
z dnia 18 maja 2023 r.

.....  
(miejscowość, data)

Imię i nazwisko studenta .....

Numer albumu.....

**WNIOSEK (WL)**  
**o wyrażenie zgody na zorganizowanie praktyki we własnym zakresie**

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie praktyki zawodowej w

.....  
nazwa i adres Podmiotu

zgodnie z załączonym programem praktyki.

Rok studiów:       I                       II                       III                       IV                       V

Zakres praktyki:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> opieka nad chorym           | <input type="checkbox"/> intensywna terapia        |
| <input type="checkbox"/> podstawowa opieka zdrowotna | <input type="checkbox"/> chirurgia                 |
| <input type="checkbox"/> pomoc doraźna               | <input type="checkbox"/> pediatria                 |
| <input type="checkbox"/> choroby wewnętrzne          | <input type="checkbox"/> ginekologia i położnictwo |

Okres odbywania praktyki: od ..... do .....

Oddział: .....

Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazanie przez Uczelnię moich danych osobowych zawartych we wniosku Podmiotowi, o którym mowa powyżej, w celu uzyskania zgody na realizację praktyki zgodnie z wnioskiem.

.....  
data i podpis studenta

**Zgoda Podmiotu, w którym będzie realizowana praktyka:**

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na odbycie praktyki zgodnie z załączonym programem praktyk **przez studenta**

.....  
imię i nazwisko

Pieczęć podmiotu	Data, pieczęć, podpis dyrektora/kierownika Podmiotu
------------------	---

**Opinia Opiekuna Praktyk:**

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki/Nie wyrażam zgody na odbycie praktyki\*

.....  
data i podpis Opiekuna Praktyk

**Rozstrzygnięcie Dziekana w zakresie objętym wnioskiem:**

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki/Nie wyrażam zgody na odbycie praktyki\*

**Uzasadnienie** (w przypadku niewyrażenia zgody).....

.....  
data i podpis Dziekana

\* właściwe podkreślić