*Załącznik nr 1 do porozumienia*

…………………………………. ………………………….. dnia ……………………….

/pieczęć Uczelni/

znak:

**SKIEROWANIE**

**Do odbycia studenckiej praktyki zawodowej**

w okresie ………………………………………… do……………………………………………..

zgodnie z porozumieniem zawartym pomiędzy:

UJ CM Wydział Nauk o Zdrowiu ul. Michałowskiego 12, 31-126 Kraków

a …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

/nazwa placówki, adres/

Uczelnia kieruje studenta/studentkę …………..roku, ………………………………………………………………..

imię i nazwisko

Wydziału Nauk o Zdrowiu UJ CM

kierunku …………………………………………………………………………………………………………………………………

w celu odbycia praktyki studenckiej z przedmiotu ………………………………………………………………….

Czas trwania praktyki ………… godz.

Opiekunem praktyki studenckiej z ramienia ……………………………………………………………………………

/Instytucji przyjmującej/

jest Pan/Pani ………………………………………………………………………………………………………………………….

/imię i nazwisko, telefon kontaktowy/

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

/podpis opiekuna praktyk z ramienia Uczelni/ /podpis opiekuna zakładowego praktyk   
 z ramienia instytucji przyjmującej studenta/

………………………………………………….

/podpis Dziekana/