

....., dnia
(miejscowość)

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego

Oświadczenie podmiotu w sprawie przyjęcia studenta/studentów na praktykę zawodową

W imieniu
(nazwa podmiotu leczniczego, adres)

oświadczam, że w terminie od do przyjmujemy na praktykę
zawodową

Lp.	Imię i nazwisko	Nr albumu	Kierunek studiów	Poziom studiów	Rok studiów

studentów Wydziału ..., Instytutu ... Państwowej Akademii Nauk Stosowanych w Przemyślu.

Na opiekuna praktyki zawodowej ze strony podmiotu leczniczego lub innej placówki, w której
będzie realizowana praktyka zawodowa wyznacza się:

.....
(imię i nazwisko, stanowisko)

telefon, e-mail

Osobą upoważnioną do podpisania porozumienia/umowy dotyczącej prowadzenia praktyki
zawodowej ze strony podmiotu leczniczego jest

.....
(imię i nazwisko, stanowisko)

Przemyśl, dn.

.....
pieczęć i podpis

Opinia opiekuna praktyk zawodowych ze strony PANS w Przemyślu

Potwierdzam zgodność/nie potwierdzam zgodności* miejsca praktyki z kierunkiem studiów
i efektami uczenia się określonymi dla kierunku.

*niewłaściwe skreślić

Przemyśl, dn.

.....
podpis kierunkowego opiekuna praktyki zawodowej