

| |
|---|
| Skierowanie na odbycie praktyki w WSSD w Olsztynie |
|---|

| | |
|--|--|
| Imię i nazwisko studenta: | |
| Wydział: | |
| Kierunek: | |
| Specjalność: | |
| Rok studiów: | |
| Rodzaj praktyki: | |
| Oddział, na którym ma być odbyta praktyka: | |
| Termin: | |
| Ilość godzin: | |
| Program praktyki: | |
| Osoba nadzorująca ze strony Uczelni kierującej: | |

Wypełnia WSSD

| | |
|---|--|
| Oddział Szpitala: | |
| Możliwy do odbycia termin praktyki: | |
| Osoba wyznaczona do opieki nad studentem z ramienia WSSD w Olsztynie: | |
| Podpis Ordynatora: | |
| Oddział Szpitala: | |
| Możliwy do odbycia termin praktyki: | |
| Osoba wyznaczona do opieki nad studentem z ramienia WSSD w Olsztynie: | |
| Podpis Ordynatora: | |

| | |
|---|--|
| Ostateczna decyzja Dyrektora WSSD w Olsztynie: | |
|---|--|