Wniosek został złożony w dziekanacie:
(data, podpis i pieczątka pracownika dziekanatu przyjmującego wniosek)

....., dnia ……..

Nazwisko i imię : .....

Nr albumu : .....

Kierunek studiów : .....

Rok studiów : .....

Telefon/E-mail: : .....

Adres do korespondencji : .....

Dziekan
Wydziału Nauk Medycznych
w Zabrzu
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach

WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA REALIZACJĘ PRAKTYKI

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na realizację praktyki wakacyjnej/zawodowej* w ……...……...
……...
(pełna nazwa jednostki)
w terminie ……
(od – do)

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z Zarządzeniem Rektora SUM Nr 156/2021 z dnia 5.10.2021 r. z późn. zm. w sprawie: „*przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się koronawirusa SARS-CoV-2 wśród członków Wspólnoty Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach*”, wytycznymi Ministra Zdrowia oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. 2022 poz.340 t.j.) i zobowiązuję się do bieżącego zapoznawania się z ich aktualizacjami, a także znane mi jest ryzyko związane z aktualnym stanem epidemicznym w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

_____
podpis studenta/ studentki

Wyrażam / nie wyrażam * zgodę(y).

_____
Data i podpis Dziekana

***** niepotrzebne skreślić