



**WYDZIAŁ KULTURY
FIZYCZNEJ I ZDROWIA**
UNIwersytetu SZCZECIŃSKIEGO

Szczecin, dnia

.....
nazwa jednostki organizacyjnej, w której zostanie przeprowadzona praktyka

Dziekan Wydziału Kultury Fizycznej i Zdrowia Uniwersytetu Szczecińskiego,
zwraca się z prośbą o wyrażenie zgody na przyjęcie na praktykę zawodową w
terminie od.....do.....studenta/ki roku studiów

stacjonarnych/niestacjonarnych* pierwszego/drugiego stopnia* na kierunku
zdrowie publiczne

.....
imię i nazwisko studenta

.....
podpis Dziekana Wydziału KFZ

Wyrażam zgodę

podpis Dyrektora / Kierownika jednostki organizacyjnej

*niepotrzebne skreślić