......................................................, dnia .............................. r.

miejscowość

**OŚWIADCZENIE O PRZYJĘCIU NA PRAKTYKI ZAWODOWEĄ**

Niniejszym oświadcza się, że

.........................................................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................................................

(nazwa i adres instytucji)

przyjmie studentkę/-ta .......................................................................................................................................................

(imię i nazwisko)

**Poznańskiej Akademii Medycznej Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I,**

**ul. Bułgarska 55, 60-320 Poznań,**

..............................................................................., .................................................................., ..................................................,

(Wydział) (kierunek) (rok studiów)

na praktyki zawodowe w terminie od ................................................... do .............................................................,

w wymiarze godzin: ……………………….

Miejsce odbywania praktyk (\*gdy przewidziano inne niż wskazane powyżej):

.........................................................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................................................

............................................................................................

(Podpis i pieczątka Przyjmującego na praktyki)