**Referral for exam of practical clinical training**

**– speciality selected by the student**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Student’s full name/Imię I nazwisko studenta** | *Completed by the Coordinator/Wypełnia koordynator* | | | |
| **Program/kierunek** | **MD Advanced**  **6 MD** | | | |
| **Speciality selected/wybrana specjalność** | *Completed by the Coordinator/Wypełnia koordynator* | | | |
| **MUL Department/Klinika** | *The Dean chooses the clinic/Dziekan wybiera klinikę* | | | |
| **Head of Department/Kierownik kliniki** | *Clinic’s Director’s full name/Imię i nazwisko kierownika kliniki* | | | |
| **Examiner’s full name and signature/Imię i nazwisko egzaminującego i podpis** | *Completed by the person who leads the examination – the clinic’s Director can appoint an examiner who then leads the examination/Wypełnia jednostka przeprowadzająca zaliczenie – kierownik kliniki może wyznaczyć inną osobę do przeprowadzenia zaliczenia* | | | |
| **Date of Credit/Data** |  | **Grade/Ocena** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dean’s Signature/Podpis Dziekana** | **Date/Data** |
|  |  |