



STUDENT INFORMATION/ Informacje dot. studenta

Surname/ Nazwisko			
First and middle name/ Imiona			
Student ID no/ Nr albumu studenta			
Year of study, program/ Rok studiów, kierunek:	VI year, 6MD program	Academic year*/ Rok akademicki:	
Clinical group no/ Nr grupy klinicznej:		Scheduled time of elective/ zaplanowany termin fakultetu:	

*At the time of completing practical clinical training/ w okresie odbywania praktycznego nauczania klinicznego

CLINICAL TRAINING INFORMATION/ Informacje dot. praktycznego nauczania klinicznego

Field of the training/ Specjalność				
Start date (dd/mm/yyyy)/ Data rozpoczęcia (dd/mm/rrrr)		End date (dd/mm/yyyy)/ data zakończenia (dd/mm/rrrr)		
No. of weeks/ ilość tygodni:	6	No. of hours/ ilość godzin:	180	ECTS: 12

Hospital Information/ informacje o szpitalu

Name of the hospital/ Nazwa szpitala			
Affiliation with University/ Powiązanie z uczelnią wyższą			
City/ Miasto		Country/ kraj	
Street/ Ulica		Number/ numer	
Phone number/ Numer telefonu			

Supervisor contact information/ dane kontaktowe opiekuna

Title, name and surname/ Tytuł, imię i nazwisko			
E-mail		Phone No./ numer telefonu	

VERIFICATION/ Potwierdzenie (all fields mandatory/ wszystkie pola są obowiązkowe)

<p><i>I hereby certify that all the above information is correct to the best of my knowledge and that the student is accepted for the clinical training in compliance with the MUL's requirements. (see: The Book of Student Vocational Placement Training – Practical Clinical Training)/ Potwierdzam, że wszystkie informacje zawarte powyżej są zgodne z prawdą oraz że zajęcia, na które został przyjęty student są zgodne z wytycznymi UMED (patrz: Księżeczka do praktycznego nauczania klinicznego)</i></p>		<p>Institution's stamp/ID card or Supervisor's stamp/ ID card Pieczęć instytucji/ wizytówka opiekuna</p>
<p>Supervisor's Signature/ Podpis opiekuna</p>	<p>Date/ data</p>	
<p>The student hereby declares to be responsible for purchase and possession of Malpractice Insurance valid in the country of conducting the faculty./ Student niniejszym potwierdza, że jest odpowiedzialny za wykupienie i posiadanie ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania czynności medycznych stosownego dla kraju, w którym odbywa praktykę.</p>		
<p>Student's Signature/ podpis studenta:</p>		



To be filled by the Dean's office/ Do wypełnienia przez Dziekanat

Mean grade (GPA) obtained in the first 8 semesters for students of 6 MD program/ Średnia ocen zdobytych przez studenta w pierwszych 8 semestrach programu 6MD
I can confirm that the student is of good standing, acts according to MUL Rules and Regulations / Potwierdzam, że student ma nieposzlakowaną opinię, przestrzega zasad panujących na UMED.		(administrative coordinator's signature and stamp/ podpis i pieczęć koordynatora administracyjnego)
The Dean's Signature & stamp/ Podpis i pieczęć Dziekana		

Instructions/Instrukcje:

Please TYPE in all required information. Incomplete forms will NOT be recognized by the MUL. Official stamp of the hosting institution is REQUIRED for the form to be recognized as an official document. Please do not use white-out. Any corrections on the form should be verified with a stamp, date and initials.

Complete procedure available on the website: <https://studymed.umed.pl/current-students/studies/final-year-elective-abroad/>

Contact information: Medical University of Lodz, Administrative Center for Studies in English, 1 Hallera Sq. 90-647 Lodz Poland; e-mail:

deans.office@umed.lodz.pl; phone no.: +48 42 272 50 57

Prosimy o wypełnienie formularza drukowanymi literami/ na komputerze. Niekompletny formularz nie będzie rozpatrywany przez UMED. Dokument musi zawierać oficjalny stempel instytucji przyjmującej, inaczej będzie uznany za nieważny. Prosimy o nieużywanie korektora. W przypadku konieczności naniesienia poprawek, należy potwierdzić je stemplem z inicjałami i datą.

Cała procedura dostępna na stronie: <https://studymed.umed.pl/current-students/studies/final-year-elective-abroad/>

Informacje kontaktowe: Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Centrum ds. Organizacji i Obsługi Studiów w Języku Angielskim, Pl. Hallera 1, 90-647 Łódź, Polska; e-mail: deans.office@umed.lodz.pl; tel.: +48 42 272 50 57