



To be filled by the Dean's Office

Received / Otrzymano.....

Signature / Podpis.....

Name and Surname.....

Imię i nazwisko

Łódź, date / dnia.....

Student ID number.....

Nr albumu

Program.....

Kierunek

Year of Studies.....

Rok studiów

APPLICATION FOR COMPLETING THE SUMMER TRAINING
PODANIE O WYRAŻENIE ZGODY NA ODBYCIE PRAKTYKI WAKACYJNEJ

I kindly request for your approval for my Summer Training completion in the

.....
(precise name and address of the Clinic)

in the dates from to in the field of

.....

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie praktyki w
(dokładna nazwa placówki) w terminie od do z zakresu

.....
Student's signature/ Podpis studenta

To be filled by the Dean's Office/ Wypełnia dziekanat

I confirm that the student has a valid insurance, medical and sanitary-epidemiological examinations and Hepatitis B immunisation in accordance with Polish law.

Potwierdzam, iż student posiada aktualne ubezpieczenie, badania lekarskie i sanitarno-epidemiologiczne oraz szczepienie przeciw WZW typu B zgodne z wymogami polskiego prawa.

.....
Date, stamp and signature of the Administrative Coordinator/
Data, pieczęć imienna i podpis pracownika dziekanatu

I confirm the possibility of the Summer Training completion in accordance with the regulations and the program provided in the Summer Training Chart.

Potwierdzam możliwość przeprowadzenia praktyki zgodnie z regulaminem i programem przedstawionym w Karcie praktyk.

.....
Date, stamp and signature of the Training Supervisor
Data, pieczęć imienna i podpis osoby nadzorującej praktykę