**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 programV year IOS | 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)

|  |  |
| --- | --- |
| 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: Książeczka do praktycznego nauczania klinicznego) | **Institution’s stamp/ID card or Supervisor’s stamp/ ID card**Pieczęć instytucji/ wizytówka opiekuna |
| **Supervisor’s Signature/****Podpis opiekuna** | **Date/ data** |  |
| 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. |
| Student’s Signature/ podpis studenta: |

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 (IOS – 6 semesters)**/Średnia ocen zdobytych przez studenta w pierwszych 8 semestrach programu 6MD (IOS – 6 semestrach) | ……………… | ……………………………………….(administrative coordinator’s signature and stamp/podpis i pieczątka koordynatora administracyjnego) |
| 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 ma UMED. |
| 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 wite-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