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

 miejscowość

**OŚWIADCZENIE O PRZYJĘCIU NA PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ**

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 praktykę zawodową w terminie od ................................................... do .............................................................,

w wymiarze godzin: ……………………….

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

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

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

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

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

(Podpis i pieczątka Przyjmującego na praktykę)