



## Deklaracja w sprawie praktyki zawodowej kierunku Pielęgniarstwo (Internship Declaration for Nursing)

(proszę wypełniać czytelnie drukowanymi literami)  
(please fill out legibly in capital letters)

Imię i Nazwisko studenta: .....  
*Full name and surname*

Adres do korespondencji:  
*Address for correspondence*

.....

.....Telephone No.: ..... e-mail: .....

Rok studiów .....  
*Year of study*

Nr albumu .....  
*Student number*

Tryb .....  
*Mode – for example: stationary*

Praktykę zawodową zorganizuję samodzielnie  
*I will organize the apprenticeship on my own*

Przedmiot..... Liczba godzin.....  
*Subject Number of hours*

Miejsce realizacji (dokładny adres):  
*Place of implementation (exact name and full address of the facility)*

.....

.....

.....

Oddział: .....  
*Branch*

Termin: ....., opiekun praktyk.....  
(Date) (Practice supervisor)  
(miesiąc lub dokładna data od - do)  
(month or exact date from - to)

.....  
Podpis studenta  
*Student's signature*

