

Załącznik nr 3

SKIEROWANIE NA ZAJĘCIA PRAKTYCZNE/KLINICZNE/PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ*

na podstawie umowy/porozumienia zawartej w dniu r.
pomiędzy Zagłębiowskim Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza
w Dąbrowie Górniczej

a Akademią WSB z siedzibą w Dąbrowie Górniczej

Kierunek studiów:

.....

Tryb studiów:

.....

Wydział/rok/semestr

.....

Lp.	Imię i nazwisko studenta	Nr grupy**	Oddział/Komórka organizacyjna	Ilość godzin dydaktycznych	Termin realizacji	Imię i nazwisko opiekuna**
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

.....

(Podpis przedstawiciela jednostki kierującej)

**niepotrzebne skreślić*

***dotyczy zajęć praktycznych*