………………………………………………………….….

*nazwisko i imię studenta*

……………………………………………………………..

*kierunek studiów, stopień, rok, tryb studiów*

……………………………………….

*adres e-mail*

**Szanowny Pan**

**dr hab. Wiesław Markwitz**

**Dziekan Wydziału Medycznego**

**Uniwersytetu Medycznego
im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu**

W oparciu o odbyty przez mnie wolontariat lub inną formę pracy\* proszę o zaliczenie:

- części zajęć/grupy zajęć kształtujących umiejętności praktyczne\*:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

- praktyki zawodowej/wakacyjnej\*:

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....……………………………………………………………

W załączeniu dokumentacja:

1. umowa wolontariatu/ umowa o innej formie pracy\*,
2. potwierdzone przez opiekuna sprawozdanie z przebiegu wolontariatu/innej formy pracy\* (zawierające m. in. miejsce pracy, termin i  godziny pracy oraz opis wykonywanych czynności),
3. inne dokumenty …………….……………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………

Poznań, dnia ………………………… ………………………………………………

 czytelny podpis studenta

**Opinia koordynatora przedmiotu/ grupy przedmiotów, opiekuna praktyki zawodowej/wakacyjnej**\* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………….

Poznań, dnia ………………………… ………………………………………………….

podpis i imienna pieczęć

 koordynatora przedmiotu/opiekuna praktyk\*

**Decyzja Dziekana**

Wyrażam/nie wyrażam\* zgodę na zaliczenie częściowe/całkowite\*zajęć/grupy zajęć kształtujących umiejętności praktyczne, praktyki zawodowej/wakacyjnej\* …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....………………………………………………………………

 ………………………………………………

Poznań, dnia ………………………… podpis i pieczęć imienna Dziekana

\*niewłaściwe skreślić