



Wyższa Szkoła Mazowiecka  
Wydział Nauk Medycznych  
Fizjoterapia

Warszawa, dnia ..... r.

Wpłynęło dnia .....

Nr rejestru .....

Podpis przyjmującego .....

.....  
imię i nazwisko

.....  
kierunek - tryb studiów

.....  
semestr - nr albumu

.....  
adres

.....  
telefon

.....  
adres email (czytelnie)

**Do Koordynatora  
Ćwiczeń klinicznych – Praktyk zawodowych**

Zwracam się z prośbą o **zwolnienie z odbywania studenckich praktyk zawodowych** przewidzianych w planie studiów na podstawie § 26 pkt. 3 Regulaminu studiów oraz na podstawie warunków zwolnień określonych przez Senat WSM z dnia 31.05.2006r .

Mój ogólny staż pracy wynosi ..... lat/miesiący.

W załączniku przekładam zaświadczenie z zakładu pracy oraz wykaz wykonywanych czynności.

.....  
podpis studenta

Decyzja Koordynatora

.....  
data i podpis

**Wyższa Szkoła Mazowiecka w Warszawie**

Al. Jerozolimskie 65/79 00-697 Warszawa

Dzianat 22 262 09 02 - 04 mail: dziekanat@wsmw.edu.pl, Kwestura 22 262 09 03 mail: kwestura@wsmw.edu.pl