



Wyższa Szkoła Mazowiecka Wydział Nauk Medycznych Fizjoterapia

Warszawa, dnia

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

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

Uzasadnienie prośby

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

.....
podpis studenta

Decyzja Koordynatora

.....
.....

.....
data i podpis