Załącznik nr 3

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

|  |
| --- |
|  |
| imię i nazwisko numer albumu |
|  |
| rok studiów, semestr, |
| *tryb stacjonarny* |

 **Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa**

**Wyższej Szkoły Medycznej**

**w Legnicy**

**Wniosek o uznanie praktyki zawodowej na kierunku pielęgniarstwo studia II stopnia i uznanie efektów uczenia się przypisanych do praktyki z poszczególnych przedmiotów, zdobytych poza systemem studiów**

Zgodnie z regulaminem praktyk zawodowych obowiązującym w roku akademickim 2020/2021 zwracam się z prośbą o zaliczenie praktyki zawodowej:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot | Liczba godzin | Rok studiów | Efekty uczenia się w zakresie umiejętności wg dziennika praktyk |
|  |  |  |  |

Świadoma/y odpowiedzialności karnej (art. 233 § 6 Kodeksu Karnego), oświadczam, że dokumenty podane przeze mnie są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

…………………………………………..

(podpis wnioskodawcy)

Załącznik:

1. Zaświadczenie potwierdzające uzyskanie zakładanych efektów uczenia się przypisanych do praktyk zawodowych na kierunku pielęgniarstwo studia II stopnia o profilu praktycznym – załącznik nr 4