

UNIwersytet Warszawski
Wydział Medyczny
Kierunek Lekarski

**OPINIA W SPRAWIE ODBYCIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ
W PLACÓWCE LECZNICZEJ WSKAZANEJ PRZEZ STUDENTA**

Po przeanalizowaniu danych zawartych w karcie informacyjnej o

(nazwa placówki)

..... stwierdzam, że placówka
ta

.....
(opinia o spełnieniu kryteriów koniecznych i dodatkowych)

.....
i rekomenduję wyrażenie zgody/nie rekomenduję* wyrażenia zgody na odbycie w w/w placówce
praktyki zawodowej przez studenta/studentkę*

w wymiarze:, w terminie:

.....
miejsowość, data

.....
podpis opiekuna praktyki

*niepotrzebne skreślić