*Załącznik nr 3*

**MAIL (wysyłany z domeny uj.edu.pl)**

(uzupełnia Koordynator praktyki/praktyki zawodowej/Kierownik kierunku studiów\*)

1. Imię i Nazwisko studenta: ………………………………………………………………………
2. Nazwa praktyki/praktyki zawodowej …………………………………………………………………………………………………...
3. Imię i nazwisko koordynatora praktyki/praktyki zawodowej:

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

**Opinia koordynatora praktyki/praktyki zawodowej:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**\*Opinia Kierownika kierunku studiów** **w przypadku kierunków: elektroradiologia, fizjoterapia, pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne**

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

\* Uzupełnia Kierownik kierunku studiów w przypadku kierunków: elektroradiologia, fizjoterapia, pielęgniarstwo, położnictwo i ratownictwo medyczne