

INTÉZMÉNYI FOGADÓ NYILATKOZAT

a Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar
orvosi diagnosztikai analitikus alapképzési szak radiográfia specializáció hallgatóinak
fogadásáról szakmai gyakorlat letöltésére

(Leadási határidő: 6. szemeszter szorgalmi időszak vége)

A hallgató neve: _____

Jelen nyilatkozat kitöltésével a fogadó intézmény hivatalosan igazolja, hogy a DE ÁOK orvosi diagnosztikai analitikus BSc radiográfia specializációjának nevezett hallgatóját intézményében a hallgató mintatantervében szereplő, alább megnevezett szakmai gyakorlata letöltésére térítésmentesen fogadja.

A fogadó intézmény megnevezése:

Pontos cím / levelezési cím:

Intézmény vezetőjének neve: _____

beosztása: _____

Intézményi kapcsolattartó neve: _____

beosztása: _____

elérhetőségei: _____

Szakmai gyakorlat neve: _____

óraszám: _____

Fogadó intézményen belül a szakmai gyakorlat letöltésének pontos helye (osztály, részleg):

Szakmai vezető: _____

Elérhetőségek: _____

Kelt:

P.H.

aláírás