



STUDENT INFORMATION/ Informacje dot. studenta

Surname/ Nazwisko	
First and middle name/ Imiona	
Student ID no/ Nr albumu studenta	

**At the time of completing practical clinical training/ w okresie odbywania praktycznego nauczania klinicznego

HOST HOSPITAL INFORMATION/ informacje o szpitalu

Name of the hospital/ Nazwa szpitala			
City/ Miasto		County/ Kraj	
Street/ Ulica		Street No/ Numer	
Affiliation with University/ Powiązanie z uczelnią wyższą	Yes/ Tak	No/ Nie	<i>name of the affiliated University/ nazwa Uniwersytetu</i>

CLINICAL TRAINING SUPERVISOR INFORMATION/ Informacje o opiece praktyk

Surname and names(s)/ Nazwisko i imię			
Email address/ Adres email			
Hospital ward (if applicable)/ Oddział (jeśli dotyczy)			
Start date (dd/mm/yyyy)/ Data rozpoczęcia (dd/mm/rrrr)		End date (dd/mm/yyyy)/ data zakończenia (dd/mm/rrrr)	
Field of the training/ Specjalność			No. of completed hours/ ilość odbytych godzin:

COMMENTS ON STUDENT'S PERFORMANCE / Ocena pracy studenta

--

Please continue on the other side if necessary/ Jeśli potrzeba, prosimy kontynuować na następnej stronie

VERIFICATION/ Potwierdzenie (all fields mandatory/ wszystkie pola są obowiązkowe)

<p><i>I hereby certify that all the above information is correct to the best of my knowledge and that the student completed the clinical training in compliance with the MUL's requirements (see: The Book of Student Vocational Placement Training – Practical Clinical Training). I confirm the training was conducted in English./ Potwierdzam, że wszystkie informacje zawarte powyżej są zgodne z prawdą oraz że student ukończył zajęcia, które są zgodne z wytycznymi UMED (patrz: Książeczka do praktycznego nauczania klinicznego). Potwierdzam, że zajęcia były prowadzone w j. angielskim.</i></p>		<p>Institution's stamp/ID card or Supervisor's stamp/ ID card Pieczęć instytucji/ wizytówka opiekuna</p>
<p>Supervisor's Signature/ Podpis opiekuna</p>	<p>Date/ data</p>	

Instructions/ Instrukcje:

Please FILL IN all required information. Incomplete forms will NOT be recognized by the MUL. Official stamp of the hosting institution is REQUIRED for the form to be recognized as an official document. Please do not use white-out. Any corrections on the form should be verified with a stamp, date and initials. The student is responsible to return the original form to the MUL in person.

Complete procedure available on the website: <https://studymed.umed.pl/current-students/studies/final-year-elective-abroad/>

Contact information: Medical University of Lodz, Administrative Centre for Studies in English, 1 Hallera Sq. 90-647 Lodz, Poland; e-mail: deans.office@umed.lodz.pl; phone no.: +48 42 272 50 57

Prosimy o wypełnienie formularza drukowanymi literami/ na komputerze. Niekompletny formularz nie będzie rozpatrywany przez UMED. Dokument musi zawierać oficjalny stempel instytucji przyjmującej, inaczej będzie uznany za nieważny. Prosimy o nieużywanie korektora. W przypadku konieczności naniesienia poprawek, należy potwierdzić je stemplem z inicjałami i datą.

Cała procedura dostępna na stronie: <https://studymed.umed.pl/current-students/studies/final-year-elective-abroad/>

Informacje kontaktowe: Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Centrum ds. Organizacji i Obsługi Studiów w Języku Angielskim, Pl. Hallera 1, 90-647 Łódź, Polska; e-mail: deans.office@umed.lodz.pl; tel.: +48 42 272 50 57