

NYOMTATOTT BETŰKKEL KÉRJÜK KITÖLTENI 2 PÉLDÁNYBAN!  
(Kérjük, összeszedést követően a **Csoportvezetők** az első példányt a Tanulmányi Hivatalba, a másodpéldányt a Tárgyfelelőshöz juttassák el **április 18-ig!**)

**Dentoalveoláris sebészeti gyakorlat      OFRDAS      FOSZ III.**

A gyakorlat ideje: 4 hét (4 x 30 óra, összesen: 120 óra)

Időpontja (kérjük aláhúzni):      **I. turnus (július)**    vagy    **II. turnus (augusztus)**

Név: \_\_\_\_\_ EHA: \_\_\_\_\_ Felvétel éve: \_\_\_\_\_

A gyakorlat helyének (intézmény) pontos neve, címe és osztálya:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hallgató értesítési címe a gyakorlat idején:

\_\_\_\_\_

Pécs, 20                      hó                      nap

\_\_\_\_\_  
a hallgató olvasható aláírása

ph.

\_\_\_\_\_  
tárgyfelelős aláírása

**FOGADÓNYILATKOZAT**

Alulírott hozzájárulok, hogy \_\_\_\_\_, a Pécsi Tudományegyetem fogorvos szakos hallgatója intézetünk \_\_\_\_\_ osztályán kötelező dentoalveoláris sebészeti gyakorlatát \_\_\_\_\_ és \_\_\_\_\_ között **térítésmentesen** elvégezhesse.

Felelős oktató neve, elérhetősége: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

ph.

\_\_\_\_\_  
olvasható aláírás, beosztás