

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!**)

Integrált fogászat gyakorlat OFRINF FOSZ IV.

A gyakorlat ideje: 4 hét (4 x 35 óra, összesen: 140 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 integrált fogászat gyakorlatát _____ és _____ között **térítésmentesen** elvégezhesse.

Felelős oktató neve, elérhetősége: _____

_____, 20 _____ hó _____ nap

ph.

olvasható aláírás, beosztás