

Катовіце / Katowice, _____ 2026

ПІБ / Full Name: _____

Рік навчання / Year of Study: _____ Група № / Group №: _____

Факультет / Faculty (оберіть / select):

☐ Faculty of Medicine

☐ Faculty of Dentistry

☐ Faculty of Pharmacy

Телефон / Phone: + _____ E-mail: _____@kmu.edu.ua

ЗАЯВА / APPLICATION

про надання дозволу на індивідуально організоване проходження літньої виробничої (клінічної) практики

for permission to undertake a self-arranged clinical placement as part of the summer vocational (clinical) clerkship

Прошу надати дозвіл на проходження літньої виробничої (клінічної) практики у нижче зазначеному закладі охорони здоров'я.

I kindly request permission to undertake my summer vocational (clinical) clerkship at the healthcare institution specified below.

(Вкажіть повну назву та адресу закладу охорони здоров'я / **Please indicate the full name and address of the healthcare institution**)

Період проходження практики / Practice Period: _____ – _____ 2026

Назва практики / Practice Title: _____

Я підтверджую / I confirm that:

- Жодних фінансових претензій до Київського Медичного Університету не маю, а всі витрати, пов'язані з проходженням практики в клініці, зобов'язуюсь покривати самостійно.
- **I have no financial claims against Kyiv Medical University and undertake to cover all expenses related to the clinical practice independently.**
- У разі пошкодження майна під час практики — зобов'язуюсь компенсувати витрати.
- **In case of damage to property during clerkship, I agree to reimburse the costs.**

Дата / Date: _____ Підпис / Signature: _____

Рішення Декана / Deans Decision

☐ Надаю дозвіл / **Permission granted**

☐ Не надаю дозволу / **Permission not granted**

Обґрунтування (у разі відмови) / **Justification (if denied):**

Дата / Date: _____ Підпис / Signature: _____

д-р Олена Хомяк, Декан по роботі з Польським Кампусом КМУ

Dr. Olena Khomiak, Dean of the KMU Polish Campus