*pieczęć Uczelni*

Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej do pracy dyplomowej

dnia...........................

*……………………………………………………….*

*(Imię i nazwisko studenta)*

……………………………………………………….

*(Kierunek)*

Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu

.............................................................

*dane Dyrektora Podmiotu Leczniczego*

..........................................................................

*pełna nazwa Jednostki*

*………………………………………………………..*

*adres*

Zaświadcza się, że Pan/Pani.................................................................nr albumu ………………………………… student(ka) ............. roku kierunku …………………….. studiów ………………………………………………… Collegium Masoviense – Wyższej Szkole Nauk o Zdrowiu przygotowuje pracę dyplomową …………………………………. pod tytułem: ..................................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………

W związku z powyższym zwracamy się z prośbą o wyrażenie zgody na przeprowadzenie badań poprzez udostępnienie dokumentacji medycznej pacjenta niezbędnej do opracowania pracy dyplomowej..

Badania będą miały charakter anonimowy, a więc nie będzie możliwości identyfikacji pacjentów.

.............................................................................. …………………………..

*imię i nazwisko promotora pracy (czytelny podpis)*

*………………………………………………………………………………………….*

*podpis i pieczęć Pełnomocnika Rektora ds. Studenckich CM*