Załącznik nr 9 do Regulaminu

………………………………………………………

 Miejscowość, data

**DYPLOM**

**POTWIERDZAJĄCY ODBYCIE STAŻU**

Zaświadcza się, że Student/Studentka………………………………………………………………………………………………….

*(imię i nazwisko)*

……………………… roku, kierunku……………………………………………………………………………………………………………., odbył/a staż w ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

*(nazwa Instytucji)*

w wymiarze minimum 120 godzin/miesiąc w okresie

od …………………………………………. do …………………………………………….

Nr umowy stażowej:………………………………………………………………………………………………………

|  |
| --- |
| Staż realizowany był w ramach projektu pn. **„Wzmocnienie praktycznych kompetencji studentów kierunku lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku”** współfinansowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.………………………………………………………………  |
| Data, pieczęć i podpis Kierownika Projektu |