

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

*dotyczy wniosku, o którym mowa w § 3 ust. 2 oraz § 4 ust. 9 Regulaminu odbywania sześciomiesięcznej praktyki zawodowej w aptece

Zgoda Kierownika Apteki na realizację 6-miesięcznej praktyki zawodowej

Wyrażam zgodę na odbycie sześciomiesięcznej praktyki zawodowej przez studentkę/studenta

.....

w okresie od dniadoroku.

Opiekunem praktyki będzie mgr farmacji:

Oświadczam, że apteka spełnia wymogi jednostki szkoleniowej do odbywania sześciomiesięcznych praktyk zawodowych przez studentów

.....

pieczęć apteki

.....

(pieczęć i czytelny podpis kierownika lub właściciela apteki)

ZGODA DZIEKANA

- Wyrażam zgodę na odbywanie praktyki zgodnie z wnioskiem
- Nie wyrażam zgody na odbywanie praktyki

.....

Jednocześnie na funkcję opiekuna dydaktycznego ww. Studenta z ramienia Uczelni wyznaczam

.....

Data

podpis Dziekana