



....., dnia

Nazwisko i imię :

Nr albumu :

Kierunek studiów :

Rok studiów :

Telefon :

E-mail :

Adres do korespondencji :

**Dziekan
Wydziału Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach**

WNIOSEK O SKIEROWANIE NA REALIZACJĘ PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Zwracam się z uprzejmą prośbą o skierowanie na realizację praktyki zawodowej w:
.....
.....
.....

(pełna nazwa Jednostki, adres, NIP, telefon)

w terminie
(od – do)

Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazanie przez Uczelnię moich danych osobowych zawartych we wniosku podmiotowi, o którym mowa powyżej, w celu uzyskania zgody na realizację praktyki zawodowej zgodnie z wnioskiem oraz **oświadczam, że zapoznałem/am się z Wydziałowym Regulaminem Praktyk Zawodowych i zobowiązuję się do posiadania ubezpieczenia NNW od dnia rozpoczęcia praktyki zawodowej do jej zakończenia.**

Zgoda Kierownika Jednostki przyjmującej na realizację praktyki zawodowej

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki zawodowej zgodnie z Ramowym Programem Praktyki*
przez:

.....
(imię i nazwisko)

w okresie od dniadoroku.

Opiekun praktyki z ramienia Jednostki przyjmującej :

Osoba upoważniona do podpisania umowy:

*W przypadku realizacji praktyk przez studentów kierunku farmacja w Aptece ogólnodostępnej Kierownik oświadcza, że Jednostka wykonuje leki w warunkach aseptycznych

Data

(pieczęć i podpis Kierownika Jednostki przyjmującej)

Opinia Opiekuna dydaktycznego praktyk zawodowych

Opiniowana Jednostka

nie wymaga opinii (została podpisana umowa ramowa)

spełnia kryteria

nie spełnia kryteriów

wymagane/-ych do realizacji praktyk zawodowych studentów roku kierunku

.....
na Wydziale Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach.

Data

(pieczęć i podpis Opiekuna dydaktycznego praktyk)

ZGODA DZIEKANA

Wyrażam zgodę na odbywanie praktyki zgodnie z wnioskiem

Nie wyrażam zgody na odbywanie praktyki

.....

Data

podpis Dziekana