



....., 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.**

\_\_\_\_\_  
podpis Studenta/ Studentki

### 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 dnia .....do .....roku.

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