Śląski Uniwersytet
Medyczny w Katowicach

....., 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.**

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z Zarządzeniem Rektora SUM Nr 161/2020 z dnia 08.09.2020 r. z póź. zm. w sprawie: „*przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2 wśród członków Wspólnoty Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach*”, wytycznymi Ministra Zdrowia i zobowiązuję się do bieżącego zapoznawania się z ich aktualizacjami, a także znane mi jest ryzyko związane z aktualnym stanem epidemicznym w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

_____
podpis Studenta/ Studentki

Śląski Uniwersytet
Medyczny w Katowicach

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