

Opole, dnia

Biuro Dydaktyki i Spraw Studenckich zwraca się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie w Państwa Zakładzie / Instytucji, Jednostce / przez studenta / kę **IV roku**

.....
(Nazwisko i imię studenta(ki))

studiów **stacjonarnych** kierunku: **IV Farmacja**

160 godzin praktyki zawodowej w aptece szpitalnej.

Oficjalna umowa zostanie podpisana po otrzymaniu od Państwa zgody, tj. wypełnienia druku zgłoszenia i przekazania do Biura Dydaktyki i Spraw Studenckich.

Nazwisko i imię studenta(ki)	
Pełna nazwa jednostki przyjmującej:
Dokładny adres zakładu:	Miejscowość Kod ul. woj..... telefon
Termin praktyki	
IV Farmacja Studia stacjonarne	Imię i nazwisko opiekuna praktyki:
<i>Potwierdzenie przyjęcia</i> - <i>podpis osoby upoważnionej:</i> - <i>pieczętka Jednostki (Zakładu)</i>	

Akceptuję termin realizacji praktyk:

.....
Data i podpis koordynatora praktyk

.....
podpis studenta



UNIWERSYTET
OPOLSKI

.....
(imię i nazwisko studenta)

Opole, dn.

.....
(nr telefonu)

**OŚWIADCZENIE STUDENTA UNIWERSYTETU OPOLSKIEGO
o zapoznaniu się z treścią
Regulaminu organizacji praktyk studenckich**

Niżej podpisany(a), zam. w,
student(ka) Uniwersytetu Opolskiego oświadczam, iż zapoznałem(am) się z treścią obowiązującego w Uniwersytecie
Opolskim **Regulaminu organizacji praktyk studenckich**, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(czytelny podpis studenta)

*Niepotrzebne skreślić