 Załącznik nr 2

........................, dnia .…………..

Nazwisko i imię : .............................................................................

Nr albumu : .............................................................................

Kierunek studiów : .............................................................................

Rok studiów : .............................................................................

Telefon/E-mail: .............................................................................

Adres do

korespondencji: .............................................................................

**Dziekan**

**Wydziału Chemii i Farmacji**

**Uniwersytetu Opolskiego**

**WNIOSEK O SKIEROWANIE NA REALIZACJĘ**

**SZEŚCIOMIESIĘCZNEJ PRAKTYKI ZAWODOWEJ W APTECE**

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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis studenta/ studentki

Uzasadnienie wniosku\*:

……...……………………………………………………………...…………...…………..........

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

……...……………………………………………………………...…………...…………..........

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

\*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 dnia …………………………….do ………………………………..roku.

Opiekunem praktyki będzie mgr farmacji: ………………………………………………….

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

zawodowych przez studentów

……………………… …………………………….……………………………………

pieczątka apteki (pieczątka 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