

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Nazwisko i imię studenta)

.....
(Nr albumu)

.....
(rok/wydział/kierunek/)

**Dziekan Wydziału Farmaceutycznego
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu**

WNIOSEK

o wyrażenie zgody na zaliczenie praktyki na podstawie czynności wykonywanych w ramach zatrudnienia, stażu lub wolontariatu na kierunku analityka medyczna

Proszę o wyrażenie zgody na zaliczenie praktyki zawodowej na podstawie czynności wykonywanych w ramach zatrudnienia, stażu lub wolontariatu* na kierunku analityka medyczna.

.....
nazwa i adres Podmiotu

w terminie..... zgodnie z załączonym programem praktyki

.....
data i podpis studenta

Opinia opiekuna praktyki z ramienia Uczelni, w którym będzie realizowana praktyka:

Pozytywnie/negatywnie* opiniuję zaliczenie na podstawie czynności wykonywanych w ramach zatrudnienia, stażu lub wolontariatu na kierunku analityka medyczna zgodnie z załączonym programem praktyk/kartą praktyki zawodowej*

przez studenta
imię i nazwisko

W
nazwa i adres Podmiotu

.....
data, pieczęć, podpis opiekuna praktyki

Rozstrzygnięcie Dziekana w zakresie objętym wnioskiem

.....
data i podpis Dziekana

* niewłaściwe skreślić