…..…………., dn. ……………….2020 r.

…………………………………

Imię i nazwisko studenta

…………………………………

nr albumu

…………………………………

Nazwa apteki, w której realizowana jest praktyka

…………………………………

Adres apteki

Szanowna Pani

prof. dr hab. n. farm. Agnieszka Piwowar

Dziekan Wydziału Farmaceutycznego   
 Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

za pośrednictwem

Koordynatora Praktyk Zawodowych

Dr Bożeny Grimling

Wniosek

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zrealizowanie pozostałych godzin dydaktycznych w zakresie wymaganych treści teoretycznych, niezbędnych do ukończenia 6-cio miesięcznej praktyki zawodowej w aptece, w oparciu o zdalne nauczanie pod nadzorem merytorycznym opiekuna praktyki z ramienia apteki.

…………………………………

podpis studenta

Opinia Opiekuna Praktyki zawodowej z ramienia apteki:

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody na kontynuowanie praktyki w ww. zakresie\*

(opinia opiekuna z ramienia apteki)

…………………………………

Imię i nazwisko

\*właściwe podkreślić