…..…………., 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