

UNIwersytet
Jana Kochanowskiego w Kielcach
Collegium Medicum,
Katedra Nauk Farmaceutycznych
25-516 Kielce, al. IX Wieków Kielc 19a
tel. 41/349-68-96

Kielce, dnia

.....
(miejsce na pieczęć Instytutu)

Sz. Pani/Pan

.....
.....
.....
.....

(Imię i nazwisko dyrektora, nazwa placówki z adresem)

SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie na studencką praktykę wakacyjną w wymiarze godzin

.....

(liczba godzin, miejsce/oddział)

Panią /Pana, Studentkę/Studenta 3 roku studiów

(Imię i nazwisko studenta)

jednolitych magisterskich na kierunku **Farmacja**, studia stacjonarne, Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum, Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach.

Proszę jednocześnie o wyznaczenie spośród pracowników opiekuna praktyki.

Cel i zakres praktyki określa Instytutowy regulamin praktyk na kierunku Farmacja Collegium Medicum UJK w Kielcach i program praktyki wakacyjnej.

Proszę o przychylne ustosunkowanie się do naszej prośby i umożliwienie odbycia praktyki przez naszego studenta na podanych w Programie Praktyk zasadach.

Warunkiem odbywania praktyk w aptece jest posiadanie wyodrębnionego pomieszczenia do wykonywania leków recepturowych z godnie wymaganymi przepisami.

Z wyrazami szacunku

Kierunkowy Opiekun Praktyk

mgr Olga Spalek

Wyrażam zgodę:

.....

(podpis osoby upoważnionej z placówki)