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

imię i nazwisko studenta miejscowość, data

……………………………………………………………..

kierunek, rok, system

……………………………………………………………..

numer albumu

**dr n. farm. Marta Klimek-Szczykutowicz**

**Pełnomocnik Rektora ds. kształcenia dla kierunku kosmetologia w Katedrze Nauk Farmaceutycznych**

 Proszę o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie studenckiej praktyki zawodowej, z semestru ……. w:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 pełna nazwa i adres salonu

Opiekunem w placówce będzie …………………………………………………………………………………………, legitymująca się

imię i nazwisko opiekuna

wykształceniem ………………………………………………………………………… i ……………………. stażem pracy zawodowej.

 …………………………………………………………..

 podpis studenta

 **OŚWIADCZENIE OPIEKUNA W PLACÓWCE**

Oświadczam, iż posiadam wykształcenie kierunkowe w zakresie …………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………… i ………………….

(technikum usług kosmetycznych /studia wyższe licencjackie na kierunku kosmetologia/studia wyższe magisterskie na kierunku kosmetologia)

…………………………………… staż pracy zawodowej.

(staż pracy w latach)

……………………………………………………………………………

 czytelny podpis opiekuna, pieczątka gabinetu

**WYDANA DECYZJA**

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody

…………………………………………………………………