Pieczątka jednostki ………………………………………

miejscowość, data

 Katedra i Zakład Technologii Postaci Leku

 Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego

 60 - 780 Poznań, ul. Grunwaldzka 6

**ZAŚWIADCZENIE**

**o możliwości przyjęcia na praktykę wakacyjną**

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki wakacyjnej przez Studenta / Studentkę[[1]](#footnote-1) IV roku Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

…….…………………..………………………………………………….

imię i nazwisko Studenta / Studentki

w okresie od …....…..……..…… do ………....………… 2023 r.

Nazwa jednostki i dokładny adres:

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

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

Opiekunem praktyki w jednostce będzie - inż. /mgr / dr\*: …………………...………….……

 imię i nazwisko

Numer telefonu służbowego oraz adres e-mail do Opiekuna praktyki: …………………...………….…

…………………...………….…

………………...……………………………………..

 podpis i pieczęć Kierownika / Dyrektora jednostki

***Oświadczam, że zapoznałem / zapoznałam\* się z Regulaminem praktyk wakacyjnych w przemyśle farmaceutycznym, laboratorium kontroli leków lub w stacji sanitarno-epidemiologicznej dla studentów IV roku Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu na rok akademicki 2021 / 2022 i deklaruję współudział w tworzeniu programu praktyki, wynikającego ze specyfiki jednostki oraz zapewnię Studentowi / Studentce\* warunki niezbędne do zrealizowania jego założeń.***

………………...……………………………………..

 podpis i pieczęć Kierownika / Dyrektora jednostki

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)