

Data.....

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres

Data rozpoczęcia specjalizacji podstawowej:.....

Do Kierownika Jednostki Szkolącej
Studium Kształcenia Podyplomowego
na Wydziale Farmaceutycznym
Uniwersytetu Medycznego
w Poznaniu

Wniosek

o skrócenie czasu trwania specjalizacji z farmacji aptecznej

(podstawa prawna: §13 pkt . 3 rozporządzenia MZ z dnia 15maja 2003 r. w sprawie specjalizacji oraz uzyskiwania tytułu specjalisty przez farmaceutów)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o skrócenie czasu trwania specjalizacji o
(liczba miesięcy)
(do.....r.) i umożliwienie przystąpienia do egzaminu państwowego w sesji
wiosennej/jesiennej 20.....r.

Prośbę swą motywuję

Nadmieniam, że program specjalizacji został w pełni zrealizowany.

Z poważaniem

.....
zgoda kierownika specjalizacji

.....
zgoda Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie farmacji aptecznej