………………………………………. imię i nazwisko studenta; nr albumu

………………………………………. tel. kom.

………………………………………. adres korespondencyjny

………………………………………. adres e-mail

Poznań, dnia…………………………………

Sz. P.

Prof. dr hab. Anna Jelińska

Dziekan Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**Wniosek**

**dotyczący sześciomiesięcznej praktyki zawodowej w aptece**

Prośba:…………………………………………………………………………………………..

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

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

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

Uzasadnienie:…………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………...… …………………………………………………………………………………………………... …………………………………………………………………………………………………... …………………………………………………………………………………………………... ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………... ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….. Załączniki:…………………………………………………………………………………........ …………………………………………………………………………………………………..

………………………………………..

czytelny podpis studenta

**Opinia Wydziałowego Kierownika ds. Praktyk Studenckich** ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………...... ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………..

**Decyzja Dziekana** ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………………………..

data pieczęć imienna ipodpis

**Przyjąłem do wiadomości**

dnia……………………….

………………………………………

czytelny podpis studenta

**§ 5 Regulaminu Studiów**

5. Od decyzji Dziekana studentowi przysługuje odwołanie do Rektora.

6. Odwołanie i wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy wnosi się w terminie 14 dni od dnia

doręczenia decyzji, za pośrednictwem Dziekana, który w sprawie przedmiotu odwołania

dołącza swą opinię na piśmie.