

Poznań, dnia.....

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

.....
tel. kom.

.....
adres korespondencyjny

.....
adres e-mail

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 i podpis

Przyjąłem do wiadomości

dnia.....

.....

czytelny podpis studenta

§ 5 Regulaminu Studiów

5. Od decyzji Dziekana studentowi przysługuje odwołanie do Rektora.
6. Odwołanie i wnioski o ponowne rozpatrzenie sprawy wnoszą się w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji, za pośrednictwem Dziekana, który w sprawie przedmiotu odwołania dołącza swoją opinię na piśmie.