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

imię i nazwisko studenta miejscowość, data

……………………………………………………………..

kierunek, rok, system

……………………………………………………………..

numer albumu

 **Z-ca Kierownika Katedry Nauk Farmaceutycznych**

**ds. kształcenia na kierunku Kosmetologia**

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

Uprzejmie 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/studia wyższe magisterskie)

……………………………. staż pracy zawodowej

……………………………………………………………………………

 czytelny podpis opiekuna, pieczątka gabinetu

**WYDANA DECYZJA**

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody

…………………………………………………………………