



**UNIWERSYTET MEDYCZNY**  
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

STUDIUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

Wydziału Farmaceutycznego

Dyrekcja

Wrocław, dnia .....

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

SKIEROWANIE DO ODBYCIA STAŻU

**Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu reprezentowanym przez Pełnomocnika Panią dr hab. Iwonę Bil-Lulę**

zwraca się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu kierunkowego z zakresu:

.....

w ramach programu specjalizacji z .....

przez Pana/Panią .....

Staż kierunkowy odbywać się będzie w zakładzie/oddziale .....

.....

W okresie.....

.....  
(podpis Kierownika Jednostki)

Opinia Kierownika Komórki Organizacyjnej w której miałyby się odbyć staż kierunkowy:

.....

.....  
(podpis Kierownika Komórki Organizacyjnej)