



UNIwersYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

Wydział Farmaceutyczny

.....
(pieczęć jednostki organizacyjnej)

ZAŚWIADCZENIE O ODBYCIU STAŻU KIERUNKOWEGO

Pan/Pani,
odbył(a) zgodnie z programem specjalizacji w dziedzinie
.....,

staż kierunkowy.....,
(nazwa stażu wg programu specjalizacji)

W okresie od..... do,
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

W.....
.....,
(nazwa, adres jednostki organizującej staż)

pod opieką Kierownika stażu.....
(imię i nazwisko)

nie uzyskał(a) / uzyskał(a) * zaliczenie.

.....
(data, podpis Kierownika stażu)

* niepotrzebne skreślić