

FORMULARZ ZGODY

Wydział Farmaceutyczny

na przyjęcie studenta farmacji Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum na PRAKTYKĘ w roku akad. 2025/2026

Imię i nazwisko studenta:		
Imię i nazwisko kandydata na opiekuna praktyki w Aptece** i zgoda na pełnienie funkcji opiekuna:		
pieczętka i podpis kandydata na opiekuna praktyki		
Zgoda Apteki na przyjęcie na praktykę:		
Data, pieczętka Apteki z adresem i podpis kierownika Apteki, TELEFON, ADRES E-MAIL		
6-miesięczną*	od dnia	do dnia
3-miesięczną* (cz. 1)	od dnia	do dnia
3-miesięczną* (cz. 2)	od dnia	do dnia

* *niepotrzebne skreślić*

** *ze względu na jakość kształcenia zalecane jest, aby w zadeklarowanym okresie sprawował opiekę tylko nad jednym praktykantem.*

APTEKA (Proszę zaznaczyć wszystkie warunki, które są spełnione)

- | | | | | |
|---|--------------------------|------------|--------------------------|------------|
| - receptura aseptyczna | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| - minimum 2 mgr farmacji na pełnym etacie | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| - obrót środkami odurzającymi | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| - sporządzanie leków recepturowych | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |

OPIEKUN (proszę zaznaczyć wszystkie warunki poniżej spełnione)

- | | | | | |
|---|--------------------------|------------|--------------------------|------------|
| - specjalista z farmacji aptecznej/ szpitalnej/ klinicznej* | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| - co najmniej 5-letnim staż pracy w aptece | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| - pozytywna opinia Izby Aptekarskiej | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku rezygnacji z odbywania praktyki w zadeklarowanej aptece obowiązek poinformowania o tym fakcie apteki leży po mojej stronie. Potwierdzenie faktu poinformowania apteki o rezygnacji przedłożę wraz z wnioskiem o zmianę apteki.

.....
Data i podpis studenta