……………………………… ………………………………

(Imię i nazwisko) (miejsce i data)

………………………………

(Jednostka wydziałowa)

………………………………

(adres e-mail)

dr hab. n. farm. Agnieszka Ludwiczuk

Przewodnicząca Zespołu ds. programów studiów

Wydziału Farmaceutycznego

Szanowna Pani Profesor,

Zwracam się z prośbą o wystawienie zaświadczenia potwierdzającego zorganizowanie przeze mnie zatwierdzonych przez Zespół ds. programów studiów warsztatów szkoleniowych dla studentów (min. 10 uczestników i 4 godziny dydaktyczne), stanowiące osiągnięcie w obszarze dydaktycznym zgodnie z załącznikiem nr 1 do *Zarządzenia Rektora w sprawie ustalenia kryteriów i trybu oceny okresowej i corocznej ewaluacji nauczycieli akademickich oraz pracowników badawczo – technicznych w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie* nr 133/2021 / 90/2023 (niepotrzebne skreślić) (C15).

Załączniki:

1. Dane dot. zorganizowanych warsztatów
2. Dokument potwierdzający wcześniejsze zatwierdzenie organizacji przez Zespół ds. programów studiów warsztatów szkoleniowych dla studentów

Załącznik 1.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Temat warsztatów |  | | | | | |
| Kierunek studiów | þ Farmacja | | | þ Analityka medyczna | | |
| þ Kosmetologia st. I st. | | | þ Kosmetologia st. II st. | | |
| Semestr | þ 1. | þ 2. | þ 3. | | þ 4. | þ 5. |
| þ 6. | þ 7. | þ 8. | | þ 9. | þ 10. |
| Cykl kształcenia |  | | | | | |
| Ilość godzin zajęć |  | | | | | |
| Liczność grup, które zrealizowały warsztaty |  | | | | | |
| Ilość grup, które zrealizowały warsztaty |  | | | | | |
| Nauczyciel(e) prowadzący warsztaty |  | | | | | |
| Data zatwierdzenia przez Zespół I |  | | | | | |
| Okres realizacji warsztatów |  | | | | | |