……………………………… ………………………………

(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 zatwierdzenie przez Zespół ds. programów studiów organizacji warsztatów dla studentów pn. ….……………………..

Załączniki:

1. Dane dot. planowanych warsztatów

Załącznik 1.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Temat warsztatów |  | | | | | |
| Cel warsztatów |  | | | | | |
| Miejsce realizacji warsztatów |  | | | | | |
| Zwięzły opis warsztatów (maks. 200 słów) |  | | | | | |
| Kierunek studiów | 🗹 Farmacja | | | 🗹 Analityka medyczna | | |
| 🗹 Kosmetologia st. I st. | | | 🗹 Kosmetologia st. II st. | | |
| Planowany semestr | 🗹 1. | 🗹 2. | 🗹 3. | | 🗹 4. | 🗹 5. |
| 🗹 6. | 🗹 7. | 🗹 8. | | 🗹 9. | 🗹 10. |
| Cykl kształcenia |  | | | | | |
| Ilość godzin warsztatów |  | | | | | |
| Liczność grup, które będą realizowały warsztaty |  | | | | | |
| Nauczyciel(e) prowadzący warsztaty |  | | | | | |
| Planowany okres realizacji warsztatów |  | | | | | |