

*Către Decanatul facultății de Farmacie
a USMF "Nicolae Testemițanu"*

CERERE

pentru efectuarea stagiului practic

Subsemnatul _____ Anul I, grupa _____
(numele, prenumele studentului)

Adresa de domiciliu _____

Telefon de contact _____ email _____

Solicit permisiunea de a efectua **"Stagiul practic de inițiere în farmacie (la domiciliu)"** orientativ
în perioada **01 – 26 iulie 2019** în farmacia

(denumirea farmaciei)

Adresa _____

(semnătura studentului)

(data)

CONFIRMARE

pentru efectuare a stagiului practic

(se va completa de farmacist-diriginte)

Eu, _____,
(numele, prenumele farmacistului-diriginte)

confirm, că farmacia pe care o conduc, dispune de bază tehnico-materială și de personal, necesare pentru efectuarea stagiului practic a studenților de la Facultatea Farmacie a I.P. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Îmi asum responsabilitatea pentru faptul ca studentul să fie sub supravegherea farmacistului în timpul practicii.

Telefon de contact _____

(semnătura farmacistului-diriginte)

data

L.Ș.