



Załącznik nr 8 do Regulaminu

.....
Miejscowość, data

MIESIĘCZNE POTWIERDZENIE ODBYCIA STAŻU

Zaświadcza się, że Student/Studentka.....

(imię i nazwisko)

..... roku, kierunku.....,

odbył/a staż w

(nazwa Instytucji)

w okresie od/...../..... do/...../.....

w wymiarze godzin

Staż realizowany był w ramach projektu pn. **„Wysokiej jakości programy stażowe na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku”** współfinansowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

.....

Podpis opiekuna stażu z ramienia Instytucji Przyjmującej