**ДО**

**ЈАВНАТА / ПРИВАТНАТА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**УПАТНИЦА**

Се упатува студентот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, со број на индекс \_\_\_\_\_\_\_, запишан на Универзитет ,,Св. Кирил и Методиј” во Скопје, Стоматолошки факултет - Скопје, согласно акредитираната студиска програма – Стручни забни техничари, прв циклус стручни студии, да обави летна СТРУЧНА ПРАКСА во заботехничка лабораторија.

Стручната пракса е во траење од 20 календарски дена и е задолжителна согласно студиската програма на која е запишан студентот, а се обавува под надзор на забен техничар.

Како одговорен наставник, со овој допис **го упатувам**  именуваниот студент за обавување на стручната пракса, со молба да биде пополнет, потпишан и заверен со печат долунаведениот извештај за реализација на праксата, од страна на забен техничар (ментор на студентот за времетраењето на праксата) вработен во наведената здравствена установа.

Благодарни на соработката,

Одговорен наставник

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*потпис и факсимил*

*Проф.д-р Емилија Бајрактарова Ваљакова /*

*Проф. д-р Јадранка Бундевска*

**И З В Е Ш Т А Ј**

За реализирана летна стручна пракса во учебната 2022/ 2023 година

Се потврдува дека студентот \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ја обави летната стручна пракса во нашата здравствена установа во бараното времетраење од 20 дена, сметано од \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_година, дo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_година, под надзор на забен техничар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*Име и презиме*

Извештајот го дава

М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*потпис*