

ZGŁOSZENIE MIEJSCA PRAKTYKI

Imię i nazwisko studenta nr albumu

Kierunek Studia stopnia

Specjalność:

Semestr: Studia: stacjonarne/niestacjonarne*

Pełna nazwa zakładu/institucji, w której student będzie odbywał praktykę:

.....
.....

Adres i telefon zakładu/institucji:

.....

Imię, nazwisko, stanowisko osoby, która będzie podpisywała umowę/porozumienie, ze strony zakładu, o organizację praktyk z Uczelnią:

.....

Imię i nazwisko Zakładowego Opiekuna Praktyki:

Termin odbycia praktyki:

Krótką charakterystyką zadań, jakie student będzie wykonywał podczas praktyki:

.....

.....

.....

.....

.....

Potwierdzenie Zakładu Pracy (pieczęć firmowa lub podpis oraz pieczęć imienna pracownika):



.....
data i podpis osoby upoważnionej

Wypełnia Uczelnia

Opiniuję pozytywnie/negatywnie*
miejsce odbycia praktyki

.....
data i podpis koordynatora

Zatwierdzam/nie zatwierdzam*
miejsce praktyki

.....
data i podpis Dziekan

* niepotrzebne skreślić

