

## ZGŁOSZENIE MIEJSCA PRAKTYKI

Imię i nazwisko studenta ..... nr albumu .....

Kierunek ..... Studia ..... stopnia

Specjalność: .....

Semestr: ..... Studia: stacjonarne/niestacjonarne\*

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

.....  
.....

Adres i telefon zakładu/instytucji: .....

.....

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):

PIECZĘĆ ZAKŁADU PRACY

.....  
*data i podpis osoby upoważnionej*

Wypełnia Uczelnia

Opiniuję pozytywnie/negatywnie\*  
miejsce odbycia praktyki

Zatwierdzam/nie zatwierdzam\*  
miejsce praktyki

.....  
*data i podpis koordynatora, jeżeli został powołany*

.....  
*data i podpis Dziekan*

\* niepotrzebne skreślić

