

ZGŁOSZENIE MIEJSCA PRAKTYKI

Imię i nazwisko osoby studiującej nr albumu

Kierunek Studia stopnia

Specjalność:

Semestr: Studia: stacjonarne/niestacjonarne *

Pełna nazwa zakładu/instytucji, w której osoba studiująca będzie odbywała 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 osoba studiująca będzie wykonywała 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

Zatwierdzam/nie zatwierdzam*
miejsce praktyki

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

.....
data i podpis Dziekana

* niepotrzebne skreślić