Częstochowa, dn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dział Spraw Studenckich**

**Praktyki Studenckie**

|  |
| --- |
| **Wniosek o zorganizowanie praktyki nieobjętej planem studiów** |
| **Nazwisko i imię** |  |
| **Nr albumu** |  |
| **Kierunek** |  |
| **Specjalność** |  |
| **Rok studiów** | □ I rok | □ II rok | □ III rok | □ 7 semestr | □ IV rok | □ V rok |
| **Poziom studiów** | □ I stopień | □ II stopień | □ jednolite magisterskie |
| **Forma studiów** | □ stacjonarne | □ niestacjonarne |
| **Proszę o zorganizowanie praktyki w:** |
| **Nazwa placówki/firmy** |  |
| **Adres** | **ulica z nr** |  |
| **miejscowość** |  |
| **kod pocztowy** |  |
| **Termin praktyki**1 |  |  |
| Data rozpoczęcia praktyki | Data zakończenia praktyki |

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

 podpis studenta

# Wypełnia pracodawca

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki2

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

 imię i nazwisko opiekuna z placówki podpis i pieczątka dyrektora

# Wypełnia opiekun z Uczelni

Akceptuję w/w placówkę jako miejsce odbycia praktyki

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

podpis opiekuna z uczelni

1. wpisać termin zgodny z organizacją praktyk
2. na podstawie wyrażonej zgody zostanie przesłana