Szczecin, dnia ...............................................

.............................................................................................................

Nazwisko i imię

.............................................................................................................Kierunek - rok i semestr studiów

Studia: pierwszego / drugiego stopnia\*

Forma studiów: stacjonarne / niestacjonarne\*

Numer albumu .......................................................................

.............................................................................................................adres

.............................................................................................................telefon

.............................................................................................................e-mail

Praktyka (rodzaj)\*\* ............................................................

**Pełnomocnik Dziekana**

**ds. praktyk zawodowych**

**dr inż. Beata Matysiak**

**WBiHZ ZUT w Szczecinie**

 Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na odbycie praktyki w niżej podanym/ch\* miejscu/ach\*:
Proszę podać:

1. Nazwę firmy:……………………………………………………………………………………………..

NIP………………………………………………..………….……………………………………………
lub
nr KRS …………………………………..………..………………………………………………………

1. Czas trwania praktyki w tygodniach:……………………………………………………………………..
2. Termin odbycia praktyki:…………………………………………………………………………………
3. Nazwę firmy:……………………………………………………………………………………………

NIP………………………………………………..………….……………………………………………
lub
nr KRS …………………………………..………..………………………………………………………

1. Czas trwania praktyki w tygodniach:……………………………………………………………………..
2. Termin odbycia praktyki:…………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………..
podpis studenta

Zatwierdzam: