

Szczecin dnia

.....
Nazwisko i imię studenta

studia: stacjonarne, niestacjonarne

rok studiów:, nr albumu

kierunek:

studia: pierwszego / drugiego stopnia

miejsce zamieszkania i kod

ulica

powiat

województwo

tel. komórkowy, tel. stacjonarny

e-mail

Opiekun praktyk zawodowych
Prof. dr hab. Katarzyna Kavetska
WBiHZ ZUT w Szczecinie

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na odbycie praktyki według poniższego harmonogramu.

Prośbę swą motywuję tym, że:

.....

Praktykę planuję odbyć w następujących zakładach pracy

(proszę podać: nazwę firmy, termin odbycia praktyki/czas trwania w tygodniach)

1.

.....

.....

2.

.....

.....

Zatwierdzam:

.....
podpis studenta