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\*:

1. Nazwa i adres firmy: ………………………………………………………………………………………………………….…..

………………………………………………………………………………………………………….…..

NIP…………………………………………………………………..…………………………..…………

Czas trwania praktyki w tygodniach:……………………………………………………………………..

Termin odbycia praktyki:…………………………………………………………………………………

1. Nazwa i adres firmy: ………………………………………………………………………………………………………….…..

………………………………………………………………………………………………………….…..

NIP…………………………………………………………………..…………………………..…………

Czas trwania praktyki w tygodniach:……………………………………………………………………..

Termin odbycia praktyki:…………………………………………………………………………………

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

Zatwierdzam: