**DANE DOT. ODBYCIA ZAWODOWEJ PRAKTYKI STUDENCKIEJ**

1. **NAZWA INSTYTUCJI, w której odbędzie się praktyka ORAZ JEJ DOKŁADNY ADRES (WRAZ Z KODEM POCZTOWYM):**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **IMIĘ I NAZWISKO OSOBY PODPISUJĄCEJ POROZUMIENIE ZE STRONY ZAKŁADU PRACY (np. dyrektor):**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **TERMIN ODBYWANIA PRAKTYKI (MUSI BYĆ 15 DNI ROBOCZYCH, TJ. 120 GODZIN):**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

1. **IMIĘ I NAZWISKO BEZPOŚREDNIEGO OPIEKUNA PRAKTYKI:**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z ustaleniami z instytucją, w której praktyki zostaną przeprowadzone.**

**………………………………………………….**

**Czytelny podpis studenta**