|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko studenta:  rok studiów:  forma (S1/N1):  nr albumu:  adres:  nr telefonu:  e-mail: | | Szczecin, dnia |
|  | Prof. dr hab. Katarzyna M. Kavetska  pełnomocnik dziekana ds. praktyk zawodowych kierunku kynologia  WBiHZ ZUT w Szczecinie | |

Bardzo proszę o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej w wymienionych poniżej miejscach[[1]](#footnote-1). Jednocześnie oświadczam, że posiadam ubezpieczenie NNW, a praktyka w tych miejscach umożliwi mi osiągnięcie zakładanych efektów uczenia się.

1. …
2. …
3. …

|  |  |
| --- | --- |
| Wyrażam zgodę  pełnomocnik ds. praktyk | podpis studenta |

1. Należy podać miejsce odbywania praktyki: nazwę przedsiębiorstwa, zakładu pracy, instytucji publicznej lub pozarządowej, hodowli, ośrodka szkolenia itp., planowany czas trwania oraz termin odbycia praktyki. [↑](#footnote-ref-1)