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

Bardzo proszę o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej w wymienionych poniżej miejscach[[1]](#footnote-1):

|  |  |
| --- | --- |
|  | …. |
|  | … |
|  | … |
|  | … |

|  |  |
| --- | --- |
| Wyrażam zgodę | podpis studenta |

1. Należy podać miejsce odbywania praktyki: przedsiębiorstwo, zakład pracy, instytucja publiczna lub pozarządowa, hodowla, ośrodek szkolenia itp., planowany czas trwania oraz termin odbycia praktyki [↑](#footnote-ref-1)