|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko studenta: rok studiów: nr albumu: adres: nr telefonu: e-mail:  | Szczecin, dnia ………….… |
|  | Prof. dr hab. Katarzyna M. Kavetska pełnomocnik dziekana ds. praktyk zawodowych na kierunku kynologiaWBiHZ 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)