

Imię i nazwisko studenta:

Szczecin, dnia

rok studiów:

nr albumu:

adres:

nr telefonu:

e-mail:

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 miejscach¹:

1.
2. ...
3. ...
4. ...

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