Szczecin, dnia………..

Imię i nazwisko studenta:

rok studiów:

forma (S1/N1):

nr albumu:

adres:

nr telefonu:

e-mail:

Prof. dr hab. inż. Agnieszka Tomza-Marciniak

Kierownik praktyk zawodowych

WBiHZ ZUT w Szczecinie

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej w wymienionych poniżej miejscach[[1]](#footnote-1). Jednocześnie oświadczam, że:

* posiadam ubezpieczenie NNW
* praktyka w tych miejscach umożliwi mi osiągnięcie zakładanych efektów uczenia się.

1. …
2. …
3. …

|  |  |
| --- | --- |
| Wyrażam zgodę  Kierownik praktyk zawodowych | ……………………………………………………………….  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)