

Imię:
Nazwisko:
Nr albumu:
Rok studiów:
Semestr:
Grupa:
Forma studiów:
Kierunek:
Specjalność:
E-mail:
Telefon:

Bydgoszcz

Pan/i

.....

Pełnomocnik dziekana ds. praktyk zawodowych

Wydział

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na możliwość odbywania praktyki zawodowej w
(pełna nazwa, adres i telefon, NIP lub inny numer ewidencyjny np. KRS)

.....
.....

w dniach od do.....

Organizacja zajmuje się następującą działalnością (należy opisać)

.....

Uzasadnienie (wymienić dział lub/i opisać najważniejszy zakres czynności wynikający z sylabusu
praktyk obejmujący planowany program praktyk umożliwiający osiągnięcie efektów uczenia się)

.....
.....
.....

.....

czytelny podpis studenta