

Bydgoszcz

Imię:
Nazwisko:
Nr Albumu:
Rok studiów:
Semestr:
Grupa:
Rodzaj studiów:
Kierunek/
specjalność:
e-mail:
Telefon:

Pan/i

Opiekun praktyk dla kierunku Zielarstwo i fitoterapia

Wydział Rolnictwa i Biotechnologii UTP

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na możliwość odbywania praktyki
zawodowej w (pełna nazwa, adres i telefon)

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

w dniach oddo.....

Przedsiębiorstwo zajmuje się następującą działalnością (należy
szczegółowo opisać)

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

.....

podpis studenta