

.....
Imię i nazwisko Studenta

Łódź, dnia.....

.....
Nr albumu

.....
Wydział / kierunek

.....
Rok studiów / rodzaj studiów (st. / nst.)

.....
Telefon kontaktowy

.....
Nazwisko i imię osoby funkcyjnej

.....
Dokładna nazwa i adres placówki

PODANIE O WYRAŻENIE ZGODY NA ODBYCIE INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie bezpłatnej, indywidualnej praktyki zawodowej w:

.....
.....
Dokładna nazwa i adres placówki

z przedmiotu

w ilości.....godzin, w terminie

.....
Podpis Studenta

DECYZJA PLACÓWKI:

.....
Pieczęć nagłówkowa placówki

Wyrażam/nie wyrażam zgody. *

Wymagane Porozumienie z Uczelnią: tak /nie *

*niepotrzebne skreślić

.....
Data, pieczęć i podpis dyrektora lub osoby upoważnionej