*Załącznik nr 1*

Szczecin, dnia....................

**PROŚBA O ZGODĘ NA ODBYCIE PRAKTYK**

Nazwisko i imię studenta…………………………………………………………..........

Miejsce zamieszkania studenta ......................................................................…….........

…………………….................................................………………………………........

Nr albumu………………………

Kierunek………………………………………………………………………….......

Specjalność……………………………………………………………………….......

Rok studiów……………………………..………………………………….................

 **Opiekun Praktyk Studenckich**

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

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na odbywanie praktyki studenckiej w

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

(nazwa instytucji)

w okresie od ..................................... do ............................................. .

Prośbę swoją uzasadniam ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

Opiekunem mojej praktyki z ramienia w/w instytucji będzie .....................................................

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

 (podpis studenta)

Wyrażam zgodę

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

(podpis opiekuna praktyk)

 *Załącznik nr 1A*

...................................... Szczecin, dnia.........................................

(pieczątka instytutu/katedry)

**SKIEROWANIE STUDENTA NA PRAKTYKĘ**

Nazwisko i imię studenta…………………………………………………………

Miejsce zamieszkania studenta ......................................................................……

…………………….................................................………………………………

Nr albumu………………………

Kierunek…………………………………………………………………………..

Specjalność………………………………………………………………………..

Rok studiów……………………………..…………………………………..

Opiekun praktyki z ramienia instytutu/katedry…………………………………...

Niniejszym kieruję Panią/ Pana........................................................................................

 (imię i nazwisko)

do odbycia praktyki studenckiej w ...............................................................................................

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

 (nazwa i adres zakładu pracy)

w terminie od ...................................................... do ................................................................

Formę i zakres odbywania praktyki określa ramowy program praktyk.

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

 Podpis Opiekuna Praktyki Studenckiej