



Częstochowa, dn.

**Dział Spraw Studenckich
Biuro Praktyk**

| Wniosek o zorganizowanie praktyki | | | | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---|---|--------------------------------|
| Nazwisko i imię | | | | | | |
| Nr albumu | | | | | | |
| Kierunek | | | | | | |
| Specjalność | | | | | | |
| Rok studiów | <input type="checkbox"/> I rok | <input type="checkbox"/> II rok | <input type="checkbox"/> III rok | <input type="checkbox"/> 7 semestr | <input type="checkbox"/> IV rok | <input type="checkbox"/> V rok |
| Poziom studiów | <input type="checkbox"/> I stopień | | <input type="checkbox"/> II stopień | | <input type="checkbox"/> jednolite magisterskie | |
| Forma studiów | <input type="checkbox"/> stacjonarne | | | <input type="checkbox"/> niestacjonarne | | |
| Proszę o zorganizowanie praktyki w: | | | | | | |
| Nazwa placówki/firmy | | | | | | |
| Adres | ulica z nr | | | | | |
| | miejsowość | | | | | |
| | kod pocztowy | | | | | |
| Termin praktyki ¹ | | | | | | |
| | <i>Data rozpoczęcia praktyki</i> | | | <i>Data zakończenia praktyki</i> | | |

.....
podpis studenta

Wypełnia pracodawca

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki²

.....
imię i nazwisko opiekuna z placówki

.....
podpis i pieczętka dyrektora

Wypełnia opiekun z Uczelni

Akceptuję w/w placówkę jako miejsce odbycia praktyki

.....
podpis opiekuna z uczelni

¹ wpisać termin zgodny z organizacją praktyk

² na podstawie wyrażonej zgody zostanie przesłana umowa o organizację praktyki