

Wrocław, dnia r.

Imię i Nazwisko:

Numer albumu:

Stopień studiów: ST-I / ST-II *

Kierunek studiów: IKW / FTE / OPA / IBP / IBang / MIP *

Specjalność: NAI / OOK / IOF / OPM / OBI / EME / BMI / IMD / MIN *

Rok i etap/semestr/studiów: rok etap/sem.

tel. kontaktowy

Politechnika Wrocławska
Wydział Podstawowych Problemów Techniki
Pełnomocnik Dziekana
ds. studenckich praktyk zawodowych
dr hab. inż. Władysław Woźniak, prof. uczelni

Podanie o zgodę na odbycie studenckiej praktyki zawodowej

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na odbycie studenckiej praktyki zawodowej w:

.....
(nazwa przedsiębiorstwa)

w terminie od do

Opiekunem mojej praktyki z ramienia przedsiębiorstwa będzie:

.....

Oświadczam, że jestem ubezpieczony/(a) od następstw nieszczęśliwych wypadków na czas odbywania praktyki zawodowej - umowę ubezpieczeniową zawarto w dniu

.....
czytelny podpis studenta

Decyzja Pełnomocnika Dziekana ds. studenckich praktyk zawodowych

ZATWIERDZAM RAMOWY PLAN PRAKTYKI W ZAŁĄCZNIKU I WYRAŻAM ZGODĘ /

NIE ZATWIERDZAM RAMOWEGO PLANU PRAKTYKI W ZAŁĄCZNIKU I NIE WYRAŻAM ZGODY**

.....
data i podpis

*należy przez podkreślenie zaznaczyć właściwy stopień studiów, kierunek, specjalność

**należy zaznaczyć właściwą decyzję