.......………………… ……………….…….……………, dnia………………...........

 (pieczęć zakładu pracy)

 **ZGODA ZAKŁADU PRACY I UCZELNIANEGO OPIEKUNA PRAKTYK STUDENCKICH**

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

 (nazwa i adres zakładu pracy)

wyraża zgodę /nie wyraża zgody\* na odbycie praktyk zawodowych przez

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..,

 (imię i nazwisko studenta/-tki)

studenta/kę Akademii Nauk Stosowanych Stefana Batorego, kierunek ………………………….…….., moduł specjalnościowy…………………………………………… w wymiarze ………………………… tygodni/godzin\* w terminie od:………………………..…….do:…………………..……….

Zakładowym opiekunem praktyk będzie……………………………………………..………………………………..

(imię i nazwisko pracownika zakładu pracy).

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(telefon kontaktowy, adres e-mail)

Przebieg praktyk zawodowych określa Porozumienie podpisane w 2 egzemplarzach przez Akademię Nauk Stosowanych Stefana Batorego reprezentowaną przez

Kanclerza Uczelni oraz

Zakład Pracy reprezentowany przez: …..………………………………………………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko osoby reprezentującej zakład pracy).

Proponowaną podstawą odbywania praktyk zawodowych jest skierowanie Uczelni.

 ……..………………………………..

 (podpis i pieczęć Kierownika zakładu pracy)

Akceptuję/ Nie akceptuję\* wyżej wymieniony zakład pracy jako miejsce odbywania praktyk zawodowych.

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

(podpis i pieczęć uczelnianego opiekuna praktyk)

\*niepotrzebne skreślić