

.....
(pieczęć zakładu pracy)

....., dnia.....

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
Kancelarza 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