

.....  
(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  
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