

INFORMACJA O PRAKTYKACH STUDENCKICH

Specjalność, sem 6

Dane studenta kierowanego na praktykę

Imię i nazwisko

Numer albumu

Numer telefonu studenta

Powiat miejsca zamieszkania studenta

Termin praktyki

od dnia do dnia

Miejsce praktyki

Prezes/Dyrektor*

Nazwa firmy

Adres

.....

Nazwa działu praktyki**

Osoba nadzorująca praktykanta**

Forma dostarczenia porozumienia

☐ osobiście przez studenta,

☐ pocztą.

Ubezpieczenie NNW

☐ ubezpieczony w pracy (cały pakiet),

☐ ubezpieczony na Uczelni (lista w dziekanacie).

Podpis studenta

Podpis opiekuna praktyk

.....

.....

* niepotrzebne skreślić

** informacja nieobowiązkowa