

**Załącznik nr 2 Regulaminu Praktyk**

Częstochowa, dnia.....

**Oświadczenie opiekuna praktyk**

Wydział.....  
Uniwersytetu Jana Długosza w Częstochowie  
Kierunek studiów.....  
Semestr studiów.....  
Imię i nazwisko studentki/studenta.....

Zatwierdzam instytucję na praktykę przewidzianą w programie studiów:

Nazwa i adres instytucji.....  
.....  
w terminie od.....do....., w wymiarze.....  
godzin.

Imię i nazwisko opiekuna z Instytucji.....,  
adres e-mail....., telefon.....

Imię i nazwisko opiekuna z Uczelni.....

.....  
podpis opiekuna praktyk  
z ramienia Uczelni