

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