

Częstochowa, dn.

**Dział Spraw Studenckich
Praktyki Studenckie
Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie**

Wniosek o zorganizowanie praktyki						
Nazwisko i imię						
Nr albumu						
Kierunek						
Specjalność						
Rok studiów	☐ I rok	☐ II rok	☐ III rok	☐ 7 semestr	☐ IV rok	☐ V rok
Poziom studiów	☐ I stopień		☐ II stopień		☐ jednolite magisterskie	
Forma studiów	☐ stacjonarne			☐ niestacjonarne		
Proszę o zorganizowanie praktyki w:						
Nazwa placówki/firmy						
Adres	ulica z nr					
	miejsowość					
	kod pocztowy					
Termin praktyki ¹						
		Data rozpoczęcia praktyki		Data zakończenia praktyki		

.....
podpis studenta

Wypełnia pracodawca

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki²

.....
imię i nazwisko opiekuna z placówki

.....
podpis i pieczęć dyrektora

Wypełnia opiekun z Uczelni

Akceptuję w/w placówkę jako miejsce odbycia praktyki

.....
podpis opiekuna z uczelni

¹ wpisać termin zgodny z organizacją praktyk

² na podstawie wyrażonej zgody zostanie przesłana umowa o organizację praktyki