Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowa
42-200 Częstochowa, ul. Waszyngtona 4/8 tel. 34 3784 262

Częstochowa, dn. ……..……..

Dział Spraw Studenckich
Praktyki Studenckie

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**		
	miejscowość		
	kod pocztowy		
Termin praktyki[1]			
		Data rozpoczęcia praktyki	*Data zakończenia praktyki*

.....
podpis studenta

Wypełnia pracodawca

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki[2]

.....
imię i nazwisko opiekuna z placówki

……
podpis i pieczątka 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