

.....  
Imię i nazwisko studenta

.....  
Miejscowość, data

.....  
rok studiów

.....  
nr albumu

Kierunek Zielarstwo

### Podanie

**o zaliczenie praktyki zawodowej cz. 1 w całości\* lub w części\* bez obowiązku jej odbywania na podstawie wykonywanej pracy zawodowej**

**1. Pełna nazwa jednostki:**

.....  
.....  
.....

**2. Charakterystyka zajmowanego stanowiska i zakres wykonywanych obowiązków zawodowych :**

.....  
.....  
.....  
.....

**3. Okres zatrudnienia:** .....

**4. Załączniki potwierdzające pracę zawodową:**

- .....
- .....

.....  
podpis studenta

---

*Podpis*

---

Opinia opiekuna praktyk

Wyrażam zgodę\*

Nie wyrażam zgody\*

---

Opinia Kierownika Zakładu  
Zielarstwa

Wyrażam zgodę\*

Nie wyrażam zgody\*

---

Decyzja Dyrektora Instytutu  
Zdrowia i Gospodarki

Wyrażam zgodę\*

Nie wyrażam zgody\*

---

\*właściwe podkreślić