

.....
Imię i nazwisko studenta

.....
Miejscowość, data

.....
rok studiów

.....
nr albumu

Kierunek Zielarstwo

Podanie

o zaliczenie praktyki zawodowej cz. 2 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