…… ……

Imię i nazwisko studenta Miejscowość, data

……

rok studiów

……

nr albumu

Kierunek Towaroznawstwo

Podanie

o zaliczenie praktyki zawodowej 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 Towaroznawstwa	Wyrażam zgodę*	Nie wyrażam zgody*
Decyzja Dyrektora Instytutu Zdrowia i Gospodarki	Wyrażam zgodę*	Nie wyrażam zgody*

*właściwe podkreślić