PODANIE O ZGODĘ NA STUDENCKĄ PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ

|  |  |
| --- | --- |
| l. Nazwisko | 2. Imię |
| 3. Rodzaj studiów  stacjonarne /niestacjonarne | 4. Rok studiów/Kierunek |
| 4. Adres zamieszkania | |
| 5. Nr albumu | |

 Warszawa,

Wydział SiMR PW

Pełnomocnik Dziekana ds. Praktyk dr inż. Paweł Wawrzyniak

Praktyka studencka odbędzie się w: …………………………………………………….…… od ……………. do ……………..

Główny cel praktyki:

podpis studenta

|  |
| --- |
| l. Nazwa zakładu pracy: |
| 2. Adres zakładu pracy: |
| 3. Osoba reprezentująca zakład pracy    imię i nazwisko |
| 4. Opiekun praktyki z zakładu pracy  imię i nazwisko |

Program szczegółowy:

Decyzja, uwagi:

dr inż. Paweł Wawrzyniak