Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości
im. Księcia Kazimierza Kujawskiego
w Inowrocławiu

Załącznik nr 7

.....
miejscowość , data

.....

imię i nazwisko

.....

numer albumu, rok studiów, tryb studiów, kierunek studiów

.....

adres zamieszkania

.....

kontakt telefoniczny (tel. komórkowy)

PEŁNOMOCNIK REKTORA DS. PRAKTYK STUDENCKICH
/DZIEKAN WYDZIAŁU NAUK STOSOWANYCH

Zwracam się z prośbą o zaliczenie studenckiej praktyki zawodowej ponieważ jestem zatrudniona(y)/ odbyłam(-em) staż* w:

.....

.....
(podać pełną nazwę i adres zakładu pracy)

a wykonywana przeze mnie praca/odbyty staż* jest zgodna z kierunkiem studiów.

.....
(czytelny podpis studenta, imię, nazwisko)

do podania załączam:

- zaświadczenie o zatrudnieniu
- opis zajmowanego stanowiska

*niepotrzebne skreślić

Wypełnia Uczelnia

Ocena praktyki: **Zaliczam / Nie zaliczam*** *(*niepotrzebne skreślić*

.....
data i podpis Pełnomocnika
Rektora ds. praktyk studenckich/
Dziekana Wydziału