|  |  |
| --- | --- |
| UO | **BIURO DYDAKTYKI I SPRAW STUDENCKICH**  ul. Katowicka 68, 45-060 Opole  tel. +48 77 442 35 60  praktyki[@uni.opole.pl](mailto:cedu@uni.opole.pl),  www.praktyki.uni.opole.pl |

Opole, dnia …………………………….

Biuro Dydaktyki i Spraw Studenckich zwraca się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie w Państwa Zakładzie / Instytucji, Jednostce / przez studenta / kę  **……………………….. roku**

……………………………………………………………………….

( Nazwisko i imię studenta nr Indeksu )

studiów **niestacjonarnych** kierunku: **………………………………………………………………..………………….**

**……………………..…-tygodniowej** (…………………………..***)*** praktyki zawodowej.

Oficjalna umowa zostanie podpisana po otrzymaniu od Państwa zgody, tj. wypełnienia druku zgłoszenia i przekazania do Biura Dydaktyki i Spraw Studenckich.

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię studenta (ki) |  |
| Pełna nazwa jednostki przyjmującej: | .........................................................................................................................................  ......................................................................................................................................... |
| **Dokładny adres zakładu:** | Miejscowość ..................................................................................................................  Kod .................................................................................................................................  ul. ....................................................................................................................................  woj. .................................................................................................................................  telefon ............................................................................................................................. |
| Termin praktyki |  |
| **….. rok**  **Kierunek……………………………**  **………………………………………**  **Studia niestacjonarne** | Imię i nazwisko opiekuna praktyki: |
| Potwierdzenie przyjęcia  * *podpis osoby upoważnionej:* * *pieczątka Jednostki ( Zakładu )* |  |



|  |
| --- |
| …………………………………………….….... Opole, dn. ............................  (*imię i nazwisko studenta)*  .............................................................................  (*nr telefonu)*  **OŚWIADCZENIE STUDENTA UNIWERSYTETU OPOLSKIEGO  o zapoznaniu się z treścią  Regulaminu organizacji praktyk w Uniwersytecie Opolskim**  Niżej podpisany(a) ………………………………………..….., zam. w …………………..……..……………………,  student(ka) Uniwersytetu Opolskiego oświadczam, iż zapoznałem(am) się z treścią obowiązującego  **Regulaminu organizacji praktyk w Uniwersytecie Opolskim**, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.  ...................................................................  (*czytelny podpis studenta)* |

\*Niepotrzebne skreślić