|  |  |
| --- | --- |
| UO | **BIURO DYDAKTYKI I SPRAW STUDENCKICH**www.praktyki.uni.opole.plul. Katowicka 68, 45-060 Opoletel. +48 77 442 35 60praktyki@uni.opole.pl, |

Załącznik 1a. *Skierowanie na praktykę*

 Opole, dnia ……………………………….

Wydział Ekonomiczny Uniwersytetu Opolskiego zwraca się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie w Państwa Zakładzie / Instytucji, Jednostce / przez studenta / kę …….**roku**, …….**sem.**

……………….…………………………….……….
*(Nazwisko i imię studenta (ki))*

studiów stacjonarnych inżynierskich na kierunku: **Gospodarka przestrzenna** obowiązkowej praktyki zawodowej………….. godzin.

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 |  |
| Gospodarka przestrzenna Studia stacjonarne inżynierskie | Imię i nazwisko opiekuna praktyki:Kwalifikacje opiekuna praktyki *(proszę wybrać właściwe w obu zakresach)*: |
| ***Wykształcenie***: □ średnie □ wyższe□ stopień naukowy:  …………….…………….. | ***Doświadczenie*** na obecnym stanowisku pracy (***zgodnym tematycznie z obszarem praktyki***)□ do 2 lat□ 3 - 5 lat□ > 5 lat |
| *Potwierdzenie przyjęcia - podpis osoby upoważnionej: - pieczątka Jednostki (Zakładu)* |  |

Akceptuję termin realizacji praktyk:

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………… | …………………………………………… |
| *data i podpis koordynatora praktyk* | *podpis studenta* |

Załącznik 1b. *Oświadczenie studenta Uniwersytetu Opolskiego o zapoznaniu się z treścią Regulaminu organizacji praktyk w Uniwersytecie Opolskim*

|  |  |
| --- | --- |
|  Opis: LogoUO czarne

|  |
| --- |
|  …………………………………………….….... Opole, dn. …………………………………… (*imię i nazwisko studenta/studentki* ............................................................................. *(numer telefonu kontaktowego)***OŚWIADCZENIE STUDENTA UNIWERSYTETU OPOLSKIEGO o zapoznaniu się z treścią** *Regulaminu organizacji praktyk w Uniwersytecie Opolskim*Niżej podpisany(a) ……………..………………….…………………………………………………………………………, zamieszkały(a) w ………………………………………………………………………………………………….............................…, student(ka) Uniwersytetu Opolskiego oświadczam, że przed rozpoczęciem praktyki zapoznałem(am) się z treścią obowiązującego na Uniwersytecie Opolskim *Regulaminem organizacji praktyk* co potwierdzam własnoręcznym podpisem. ............................................................................. (*czytelny podpis studenta/studentki*) |

 |