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