

----- dnia -----
 miejscowość

imię i nazwisko		
kierunek		
<input type="checkbox"/> profil ogólnoakademicki	<input type="checkbox"/> profil praktyczny	
<input type="checkbox"/> studia stacjonarne	<input type="checkbox"/> studia niestacjonarne	
<input type="checkbox"/> jednolite magisterskie	<input type="checkbox"/> I stopnia	<input type="checkbox"/> II stopnia
rok studiów	semestr	numer albumu

Opiekun praktyk

i

imię i nazwisko opiekuna praktyk

**Wniosek o zaliczenie studenckiej praktyki zawodowej
 na podstawie udokumentowanej pracy zawodowej
 lub innej działalności**

Proszę o wyrażenie zgody na zaliczenie studenckiej praktyki zawodowej
 na podstawie:

.....

.....

.....

- **Charakterystyka pracodawcy/działalności:** (nazwa firmy, forma prawna, branża)

.....

.....

.....

.....

.....

•

• **Charakterystyka stanowiska, na którym odbywana jest/ była/ będzie * praktyka:**

(opis stanowiska w strukturze organizacyjnej)

.....
.....
.....
.....
.....

• **Charakter wykonywanych zadań i prac:**

(prace merytoryczne, prace organizacyjne, prace pomocnicze)

.....
.....
.....
.....
.....

Prace te wykonuję/ wykonywałem/ będę wykonywał * od do

.....
podpis studenta

**niepotrzebne skreślić*

Potwierdzam opis pracy/działalności studenta:

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania pracodawcy/zlecającego zadanie)

Zaliczam	
pracę zawodową/wykonywaną działalność jako ekwiwalent praktyki studenckiej i przyznajępunktów ECTS	
Data..... (podpis opiekuna praktyk)

Nie zaliczam	
pracy zawodowej/wykonywanej działalności jako ekwiwalentu praktyki studenckiej. Uzasadnienie:	
Data (podpis opiekuna praktyk)