**Powi**ś**la**ń**ska Szkoła Wy**ż**sza**

**Deklaracja w sprawie praktyki zawodowej**

**(prosz**ę **wypełnia**ć **czytelnie drukowanymi literami)**

Imię i nazwisko studenta: .............................................................................................................

Adres do korespondencji/numer telefonu/adres e-mail: ..............................................................

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

....................................................................................................................................................... rok studiów ....................................... nr albumu ......................................................... tryb ...................................................

Praktykę zawodową zorganizuję samodzielnie

Przedmiot.........................................................................................................liczba godzin....................

Miejsce realizacji (dokładny adres):................................................................................................................

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

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

Oddział: ............................................................................................................................................

Termin: ........................................................., opiekun praktyk.................................................................

(miesiąc lub dokładna data od - do)

Przedmiot.........................................................................................................liczba godzin....................

Miejsce realizacji (dokładny adres):................................................................................................................

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

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

Oddział: ............................................................................................................................................

Termin: ........................................................., opiekun praktyk.................................................................

(miesiąc lub dokładna data od - do)

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