

## PODANIE

Proszę o skierowanie na praktykę w roku akademickim .....

IMIĘ		
NAZWISKO		
KIERUNEK STUDIÓW		
NR ALBUMU		
PESEL		
PLANOWANY TERMIN PRAKTYKI (pełne miesiące)		
LICZBA GODZIN PRAKTYKI		
NAZWA/ADRES PLACÓWKI		
IMIĘ I NAZWISKO DYREKTORA/KIEROWNIKA PLACÓWKI		
Oświadczam, że znany jest mi regulamin praktyk WSH		
WŁASNORĘCZNY PODPIS+ DATA		
Wypełnia pracownik Biura SP WSH	Data wpływu i podpis Kierownika Biura SP	
	Numer skierowania	
	Data wydania skierowania i podpis słuchacza	