**Powiślańska Szkoła Wyższa**

**Deklaracja w sprawie praktyki zawodowej**

**(proszę wypełniać 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)

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

Podpis studenta