**MIEJSCE ODBYWANIA PRAKTYK PRZEZ STUDENTA**

**ROK AKADEMICKI** ……………………….

**ROK STUDIÓW**…………………………….

**KIERUNEK** ………………………….…………………………

**TRYB :** STACJONARNE/NIESTACJONARE\*

**STOPIEŃ STUDIÓW:** SPS/SDS/JSM/BLENDED LEARNING\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ | NAZWISKO | MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU– DOKŁADNY ADRES PLACÓWKI  | PLANOWANY TERMIN REALIZACJI PRAKTYK | NAZWA FIRMY UBEZPIECZENIOWEJ ORAZ NUMER POLISY UBEZPIECZENIA (NNW) | ADRES EMAIL STUDENTA LUB TELEFON KOMÓRKOWY |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*niepotrzebne skreślić podpis opiekuna praktyk

Uwaga: Proszę wypełniać tabelę DRUKOWANYMI LITERAMI lub komputerowo.