Załącznik 1

**MIEJSCE ODBYWANIA PRAKTYK PRZEZ STUDENTÓW**

ROK AKADEMICKI...................................... KIERUNEK.............................................. SPECJALNOŚĆ.....................................................................

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

 Podpis opiekuna praktyk