**MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU PRZEZ STUDENTA**

ROK AKADEMICKI...................................... KIERUNEK.................................... TRYB…………………………………………………………….

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