Zał. nr 2 do Regulaminu praktyk zawodowych PCz

(ZARZĄDZENIE Nr 531/2024 Rektora PCz)

 Częstochowa, dn. [wstaw datę]

……………………………………………………………

……………………………………………………………

……………………………………………………………

dokładna nazwa i adres zakładu, telefon, REGON

**Zgoda na odbycie praktyki**

Działając w imieniu zakładu pracy wyrażam zgodę na odbycie przez studenta/studentkę ……………………………………………………………………………

imię i nazwisko

Politechniki Częstochowskiej, Wydziału: [wybierz element]

Nr albumu: …………………Rok studiów: [wybierz element]

Studia: [wybierz element] o profilu: [wybierz element]

Kierunek: ……………………………………………………………………..………………..

praktyki w terminie od ………………………….. do …………………………………………

Opiekunem praktyki ze strony zakładu pracy będzie:

…………………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko, zajmowane stanowisko)

…………………………………………………………………………………………………..

(bezpośredni numer telefonu, adres e-mailowy)

Jednocześnie zobowiązujemy się do realizacji ramowego programu praktyki oraz potwierdzenia odbycia praktyki w dzienniku praktyki.

.…..……………………………………....................................

(podpis Dyrektora zakładu pracy lub osoby upoważnionej)