**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAKTYK**

OŚWIADCZAM, ŻE **REZYGNUJĘ Z WYNAGRODZENIA**

ZA OPIEKĘ NAD STUDENTEM POWSZECHNEJ WYŻSZEJ SZKOŁY HUMANISTYCZNEJ

„POMERANIA” W CHOJNICACH, FILIA W STARACHOWICACH

PANIĄ/EM . ………………………………………………….............................................................

ODBYWAJĄCĄ/CYM PRAKTYKĘ W TERMINIE OD ………………..DO ……………………...

…………………………… ……………………………………

Miejscowość, data podpis Opiekuna praktyk