Starachowice …………………….

 ……………………………………………….

 …..……………………………………………

 .……………………………………….............

**SKIEROWANIE**

KIEROWNIK PRAKTYK POWSZECHNEJ WYŻSZEJ SZKOŁY HUMANISTYCZNEJPOMERANIA” W CHOJNICACH, FILIA W STARACHOWICACH ZWRACA SIĘ Z UPRZEJMĄ PROŚBĄ O WYRAŻENIE ZGODY NA ODBYCIE W PAŃSTWA PLACÓWCE PRAKTYKI STUDENCKIEJ PRZEZ PANIĄ/PANA…………………………………………………………………

STUDENTA ……………….. ROKU/SEMESTRU………… - STUDIÓW……………………………

KIERUNEK: .…………………………………………………………………………………………………………...SPECJALNOŚĆ: ………………………………………………………………………………………...

W TERMINIE OD ………….. DO…………… W WYMIARZE …………………… GODZIN.

PROSZĘ O PODANIE IMIENIA I NAZWISKA OPIEKUNA Z RAMIENIA PLACÓWKI:PANI/PAN…………………………………………………………………………………….…………

………………………………………..

 podpis kierującego z Uczelni

**WYRAŻAM ZGODĘ NA ODBYCIE PRAKTYKI**

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

 pieczątka placówki podpis i pieczątka Dyrektora

**WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZYJĘCIE PRAKTYKANTA**

…..……………………………………podpis Opiekuna z ramienia placówki