

PODANIE

Proszę o skierowanie mnie na praktyki studenckie w roku akademickim 2017 -2018.

| | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------|
| IMIĘ | | |
| NAZWISKO | | |
| KIERUNEK STUDIÓW | | KOSMETOLOGIA |
| SPECJALNOŚĆ | | |
| ROK STUDIÓW | | II |
| TRYB STUDIÓW | | NIESTACJONARNY |
| NR ALBUMU | | |
| PESEL | | |
| TELEFON | | |
| E-MAIL | | |
| ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH | | |
| PLANOWANY TERMIN PRAKTYKI | | |
| ILOŚĆ TYGODNI (GODZIN) PRAKTYKI | | 100 godzin dydaktycznych |
| UWAGI | | |
| WŁASNORĘCZNY PODPIS | | |
| Wypełnia pracownik WSZU <i>i</i> E | Data wpływu i podpis Pełnomocnika | |
| | Skierowano na praktykę do | |