

PODANIE

Proszę o skierowanie mnie na praktyki studenckie w roku akademickim

IMIĘ		
NAZWISKO		
KIERUNEK STUDIÓW		KOSMETOLOGIA
SPECJALNOŚĆ		
SEMESTR		
TRYB STUDIÓW		NIESTACJONARNY
NR ALBUMU		
PESEL		
TELEFON		
E-MAIL		
ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH		
PLANOWANY TERMIN PRAKTYKI		
ILOŚĆ TYGODNI (GODZIN) PRAKTYKI		120 godzin dydaktycznych
UWAGI		
WŁASNORĘCZNY PODPIS		
Wypełnia pracownik WSZUiE	Data wpływu i podpis Pełnomocnika	
	Skierowano na praktykę do	