...................................................................... Lublin, dnia...............................................

Imię i nazwisko

......................................................................

Specjalność

.......................................................................

Rok, tryb

.......................................................................

Adres korespondencyjny

.......................................................................

Numer telefonu

**Do** ……………...............................

(pełna nazwa miejsca praktyk)

...................................................

 (Adres)

...................................................

 (kod pocztowy, poczta)

## PODANIE DOT. MIEJSCA PRAKTYK

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej w

………………………………………………………………………………………….…..……..............................(nazwa Instytucji)

w Dziale: .................................................................................................................................................................

w terminie od .................................. do .................................... ....................(łączna il. tygodni)

Instytucję reprezentuje...........................................................................-......................................

 Stanowisko

........................................................ ....................................................
zgoda w/w Instytucji na odbycie praktyki data i podpis Studenta

Opiekunem praktyki z ramienia w/w Instytucji jest Magister Psychologii .................................

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

 (imię i nazwisko Opiekuna)

 .......................................................................................................................................................................

 zgoda w/w na pełnienie funkcji Opiekuna praktyki

**Decyzja Dziekana Wydziału Nauk o Człowieku**

**Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie**

**Wyrażam zgodę / nie wyrażam** zgody na odbycie praktyki w w/w Instytucji

 .................................................

 data i podpis Dziekana