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