**PODANIE O ODBYCIE PRAKTYK ZAWODOWYCH
DLA KIERUNKU PSYCHOLOGIA**

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

Imię i nazwisko ........................................................

Kierunek / specjalność ............................................. / .............................................

Numer albumu / rok / tryb ......................... / ......................... / .........................

Adres korespondencyjny

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

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

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

Numer telefonu ........................................................

**Do** ……………………………………………………………………...
*(pełna nazwa miejsca praktyki)*

……………………………………………………………………...
*(adres)*

……………………………………………………………………...
*(kod pocztowy, miejscowość)*

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

……………………………………………………………..…………………………………………….…..……..............................
*(pełna nazwa Instytucji)*

w terminie od ................................. do ................................. - ............ / ............ *(łączna godzin/tygodni)*

Instytucję reprezentuje ........................................................................................................... - ...........................................................
 *(imię i nazwisko)* *(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**

**LUBELSKIEJ AKADEMII WSEI**

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

........................................................................
*(data i podpis Dziekana)*

*\*Niepotrzebne skreślić*