Gdynia, dn. ………………........

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko studenta  |
|  |
| Numer albumu |
|  |
| Kierunek, specjalność, tryb i rok studiów |
|  |
| E-mail i nr telefonu |
|  |

**Opiekun Praktyk**

**…………………………………………………..**

 (imię i nazwisko opiekuna praktyk)

**w/m**

**WNIOSEK O ZALICZENIE PRAKTYKI
NA PODSTAWIE UMOWY O PRACĘ**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zaliczenie praktyki zawodowej
w ramach umowy o pracę w terminie od …….……….….. r. do …….……….….. r. w Firmie ………………………………………….… *(nazwa firmy)* ……………….…, NIP: ……………………….. .

Oświadczam, że wymiar pracy w wyżej wymienionym terminie wyniesie nie mniej niż …….. tygodni.

Imię, nazwisko oraz stanowisko osoby odpowiedzialnej za praktykanta w Firmie:

……………………………………………………………………………………………………………

(e-mail: ………………………………….….……….…, tel.: ………….…………………).

…………………………….…………. ……………………………………

(podpis Przedstawiciela Firmy) (podpis Studenta)

Załączniki:

1. Dokumenty potwierdzające zatrudnienie studenta w Firmie (umowa).
2. Opis zadań i obowiązków wykonywanych w ramach pracy (potwierdzony przez pracodawcę).

**Decyzja Opiekuna Praktyk**

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na zaliczenie praktyki zawodowej na podstawie umowy o pracę.

………………………………………….……………

 *(data i podpis)*

\*niepotrzebne skreślić