

.....
nazwisko i imię studenta

.....
miejsowość, data

.....
nr albumu

.....
miejsce stałego zamieszkania

.....
rok studiów/ kierunek studiów

Podanie o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie praktyki w:

Dokładna nazwa placówki:	
Adres siedziby firmy	
NIP	
REGON	
Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania placówki	
Adres do korespondencji (jeśli inny niż siedziba główna)	
e-mail i nr telefonu	

w terminie z zakresu technik dentystycznych

.....
podpis studenta

Wyrażam zgodę

Data, pieczęć i podpis osoby upoważnionej
(np.: dyrektora/właściciela/prezesa/członka zarządu itp.)

Pieczęć placówki