

.....  
miejsowość i data

## SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ

.....  
Właściciel placówki

.....  
Nazwa i adres placówki

Biuro Spraw Studenckich Uniwersytetu Opolskiego zwraca się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie w Państwa Placówce praktyki zawodowej

studentce/studentowi *(imię i nazwisko)*.....,

studentce/owi .....roku studiów pierwszego/drugiego stopnia na kierunku

dietetyka z

zakresu .....

w okresie od .....do.....

w wymiarze ..... godzin dydaktycznych.

Adres zamieszkania studenta.....

Numer telefonu.....

Biuro Spraw Studenckich

Uniwersytet Opolski

**Wyrażam zgodę:**

.....  
**Data, podpis i pieczęćka właściciela / kierownika placówki**