

.....
miejsowość i data

SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ

.....
Właściciel placówki

.....
Nazwa i adres placówki

Biuro Dydaktyki i Spraw Studenckich Uniwersytetu Opolskiego zwraca się z prośbą
o wyrażenie zgody na odbycie w Państwa Placówce praktyki zawodowej
studentce/studentowi (*imię i nazwisko*).....,
studentce/owiroku studiów pierwszego/drugiego stopnia na kierunku
dietetyka z
zakresu
w okresie oddo.....
w wymiarze godzin dydaktycznych.

Adres zamieszkania studenta.....

Numer telefonu.....

Biuro Dydaktyki i Spraw Studenckich
Uniwersytet Opolski

Wyrażam zgodę:

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