

.....
imię i nazwisko

.....
miejscowość i data

.....
rok i kierunek studiów

mgr Lidia Wesółowska
Kierunkowy koordynator praktyk zawodowych
realizowanych na kierunku Kosmetologia
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Opolski

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie **bezpłatnej** praktyki zawodowej z zakresu kosmetologii w okresie od do.....w..... w wymiarze godzin dydaktycznych.

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

Do podania dołączam zgodę Właściciela Placówki.

Z poważaniem

.....
podpis

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na realizację praktyk zawodowych

.....
Podpis kierunkowego koordynatora praktyk

Załączniki:

1. Zgoda Właściciela Placówki.
2. Kryteria doboru placówek realizujących praktyki zawodowe.
3. Zakres obowiązków opiekuna praktyk zawodowych. Plan praktyk zawodowych
4. Plan praktyk zawodowych na kierunku Kosmetologia
5. Oświadczenie studenta na kierunku Kosmetologia