

.....
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 Zakładzie praktyki zawodowej studentce/studentowi *(imię i nazwisko)*.....,
studentce/owiroku studiów pierwszego/drugiego stopnia na kierunku kosmetologia z
zakresu kosmetologii..... 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