**ZGŁOSZENIE MIEJSCA REALIZACJI PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

Nazwisko i imię studentki/studenta:..........................................................................

Nazwa zakładu pracy: ............................................................................................................................

Adres, telefon: ............................................................................................................................

Dane osoby reprezentującej wskazany zakład pracy (podpisującej umowę):

……………………………………………………………………………………………………………………………………

NIP ..........................................................................................................................

Opiekunem praktyk będzie:………………………………………………………………………………………………..

wyrażam zgodę na **nieodpłatne** przyjęcie studentki/studenta (I rok, studia II stopnia) Wydziału Biotechnologii Uniwersytetu Wrocławskiego na praktykę zawodową w wymiarze 20 dni, w okresie

............................................................................................................................

(*dzień, miesiąc, rok*)

...............................................

*(podpis i pieczęć Dyrektora, Kierownika lub innej osoby upoważnionej)*

...............................................

*(podpis studenta)*