**ZGODA NA REALIZACJĘ PRAKTYKI W ZESPOLE BADAWCZYM**

**UNIWERSYTETU WROCŁAWSKIEGO**

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

Wydział:…………………………………………………………………………………………………………………………………..

Zakład: …………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Opiekunem praktyki studentki/studenta 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 opiekuna praktyk w zespole badawczym)*

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

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