1. **STUDENT’S APPLICATION TO TRAINEESHIP/ZGŁOSZENIE STUDENTA DO ODBYCIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

**STUDENT’S DATA/DANE STUDENTA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Student’s name and last name****Imię i nazwisko studenta** |  |
| **Album no/Nr albumu** |  |
| **PESEL** |  |
| **Correspondence address****Adres zamieszkania** |  |
| **Phone no/email address****Nr telefonu, adres e-mail** |  |
| **Field of study****Kierunek studiów**  |  |
| **Specialization****Specjalność**  |  |
| **Study mode****Tryb studiów** |  |
| **Year/study semester****Rok / semestr studiów** |  |

**UNIVERSITY DATA/DANE UCZELNI**

|  |  |
| --- | --- |
| **University name/Department****Nazwa uczelni/wydział**  | Zachodniopomorska Szkoła Biznesu w SzczecinieWydział w ……………….………………… |
| **University address****Adres uczelni** | ul. Żołnierska 53, 71-210 Szczecin |

**TRAINEESHIP’S ORGANIZER DATA/DANE ORGANIZATORA PRAKTYKI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Company/institution name and address** **Nazwa i adres firmy/instytucji** |  |
| **Phone no****Nr telefonu** |  |
| **Name and last name of the traineeship supervisor on behalf of the company / institution****Imię i nazwisko opiekuna praktyk z ramienia firmy/instytucji** |  |
| **Traineeship period (from…until)****Okres praktyki** (od….do…..) |  |
| **Company/institution stamp****Pieczęć firmy/instytucji** |  |

**STUDENT’S ATATEMENT/OŚWIADCZENIE STUDENTA**

|  |  |
| --- | --- |
| **I declare that I accept the obligation to purchase an accident insurance and liability insurance during professional traineeship** **Oświadczam, że przyjmuję na siebie obowiązek ubezpieczenia się od następstw nieszczęśliwych wypadków i OC w trakcie praktyki zawodowej** | ……………………………………………………………………………………..(date and student’s signature/data i podpis studenta) |