



ZGŁOSZENIE STUDENTA DO ODBYCIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ

DANE STUDENTA

Imię i nazwisko studenta	
Nr albumu	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Nr telefonu, adres e-mail	
Kierunek studiów	
Specjalność	
Tryb studiów	
Rok / semestr studiów	

DANE UCZELNI

Nazwa uczelni/wydział	Zachodniopomorska Szkoła Biznesu w Szczecinie Wydział w Gryficach
Adres uczelni	ul. Piłsudskiego 34, 72-300 Gryfice

DANE ORGANIZATORA PRAKTYKI

Nazwa i adres firmy/institucji	
Nr telefonu	
Imię i nazwisko opiekuna praktyk z ramienia firmy/institucji	
Okres praktyki (od....do.....)	
Pieczęć firmy/institucji	

OŚWIADCZENIE STUDENTA

Oświadczam, że przyjmuję na siebie obowiązek ubezpieczenia się od następstw nieszczęśliwych wypadków i OC w trakcie praktyki zawodowej (data i podpis studenta)
--	-----------------------------------



Zachodniopomorska
Szkoła Biznesu
w Szczecinie

Wydział w Gryficach
ul. Piłsudskiego 34, 72-300 Gryfice
