



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 Stargardzie
Adres uczelni	73-110 Stargard, ul. Park 3 Maja 2

DANE ORGANIZATORA PRAKTYKI

Nazwa i adres firmy/instytucji	
Nr telefonu	
Imię i nazwisko opiekuna praktyk z ramienia firmy/instytucji <u>telefon kontaktowy</u>	
Okres praktyki (od....do.....)	
Pieczęć firmy/instytucji	

OŚWIADCZENIE STUDENTA

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