…………………………………

(Miejscowość, data)

Oświadczenie

Oświadczam, że studenckie praktyki zawodowe będę odbywał/-a w …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

(nazwa oddziału i instytucji)

w następujących terminach:

|  |  |
| --- | --- |
| **Data odbywania praktyki** | **Godziny odbywania praktyki od-do** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

……………………………

(czytelny podpis studenta)