
Imię i nazwisko

Miejscowość odbywania studiów

Adres

Kod pocztowy i miejscowość

Adres mailowy

Numer albumu

Kierunek studiów: Specjalność:,

Rok studiów: Semestr:,

Tryb studiów:,

Stopień:,

**Koordinator ds. Studenckich
Praktyk Zawodowych
Uczelnia Biznesu
i Nauk Stosowanych „Varsovia”
z siedzibą w Warszawie**

Na podstawie § 5 ust. 11 Regulaminu Studenckich Praktyk Zawodowych w Uczelni Biznesu I Nauk Stosowanych „Varsovia” uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na odbywanie studenckich praktyk zawodowych w trybie Indywidualnej Organizacji Praktyk.

UZASADNIENIE

Zobowiązuje się, iż wszelkie dokumenty dotyczące zaliczenia praktyk, w tym w szczególności wypełniony i zaakceptowany przez opiekuna praktyk Dziennik Studenckich Praktyk Zawodowych zostanie przekazany do Biura Karier i Praktyk Zawodowych w terminie do 30 dni kalendarzowych przed zakończeniem studiów.

Jednocześnie oświadczam, że znane mi są wynikające z ww. Regulaminu obowiązki dotyczące odbywania praktyk w trybie Indywidualnej Organizacji Praktyk, do których przestrzegania się zobowiązuję.

Miejscowość i data

Czytelny podpis