**Skierowanie na studenckie praktyki zawodowe**

|  |  |
| --- | --- |
| Wydział Fizyki Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu kieruje studenta/tkę: | |
| Imię i nazwisko studenta/tki: |  |
| Kierunek, rok studiów: |  |
| na obowiązkowe studenckie praktyki zawodowe do Instytucji/Laboratorium/Zakładu pracy: | |
|  | |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| W terminie od |  | do |  | w wymiarze godzin |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | *podpis Pełnomocnika Dziekana  ds. praktyk studenckich* |

|  |  |
| --- | --- |
| Wyrażam zgodę i zapewniam możliwość realizacji praktyki zawodowej przez studenta/tkę Wydziału Fizyki Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu: | |
| Imię i nazwisko studenta/tki: |  |
| Kierunek, rok studiów: |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | *podpis opiekuna praktyk* |

Jednocześnie wyrażam / nie wyrażam\*) zgody na umieszczenie mojej instytucji/laboratorium/zakładu pracy w bazie jednostek, w których studenci mogą odbywać praktyki i która będzie udostępniona studentom w kolejnych latach do wglądu w celu wybrania miejsca odbywania praktyk.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | *podpis opiekuna praktyk* |

Decyzja Dziekana:

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | *Pieczęć i podpis Dziekana ds. studenckich* |

\*) Niepotrzebne skreślić

UWAGA: uzupełniony dokument student zobligowany jest dostarczyć do sekretariatu Katery Akustyki nie później niż dwa tygodnie przed rozpoczęciem realizacji praktyk.