*Załącznik nr 4 do Regulaminu*

*studenckich praktyk zawodowych*

.......................................................................................

Imię i nazwisko studenta/nr legitymacji studenta

.......................................................................................

Kierunek studiów

.......................................................................................

Adres

........................................................................................

Nr telefonu, adres mail

**Do Dziekana**

**Wydziału Zarządzania**

**Uniwersytetu w Białymstoku**

Proszę o wyrażenie zgody na zaliczenie jako praktyki (pracy zawodowej, działalności gospodarczej lub pracy na podstawie umów cywilnoprawnych\*) w .................................................................

…………………………………………………………………………………………………...........

* **Charakterystyka przedsiębiorstwa**: (pełna nazwa, forma prawna, termin rozpoczęcia działalności, branża, zakres terytorialny działania)

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* **Charakterystyka stanowiska (stanowisk) na którym/ych/ odbywana będzie praktyka:** (nazwa stanowiska lub stanowisk, na których odbywana będzie praktyka lub opis umiejscowienia stanowiska w strukturze organizacyjnej).

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* **Charakter wykonywanych zadań i prac:** (prace merytoryczne, prace organizacyjne, prace pomocnicze).

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Prace te wykonuję od dnia .................do dnia ...................

………………….........

*data i podpis studenta*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Potwierdzam opis pracy zawodowej studenta oraz stwierdzam zgodność wykonywanych zadań z Ramowym Programem Praktyk Zawodowych WZ UwB.

..............................................................

*Pieczęć i podpis osoby uprawnionej   
do reprezentowania pracodawcy*