*Załącznik nr 6 do Regulaminu praktyk zawodowych MSOŚ*

**Wniosek o umożliwienie realizacji praktyki w miejscu zatrudnienia lub innej  
aktywności zawodowej**

Wrocław, dnia…………………………….

**Prodziekan ds. studenckich**

**Wydziału Nauk Biologicznych**

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

Imię i nazwisko......................................................................................................  
Kierunek...............................................................................................................  
Rok studiów ...............................................................nr albumu.............................  
Tel. kontaktowy ....................................................................................................  
Adres e-mail .........................................................................................................  
Proszę o umożliwienie realizacji praktyki w miejscu zatrudnienia/stażu/działalności  
gospodarczej/innej formy aktywności zawodowej.  
Oświadczam, że pracę/staż/inną aktywność zawodową wykonuję w okresie:  
...........................................................................................................................  
(od dd-mm-rr do dd-mm-rr) lub (od dd-mm-rr – nadal)

w firmie/instytucji/ w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą  
...........................................................................................................................  
(nazwa firmy/instytucji)  
............................................................................................................................  
(na stanowisku)

*Załączniki:  
1) Szczegółowy zakres obowiązków i czynności wykonywanych na stanowisku, podpisany przez pracodawcę lub osobę upoważnioną.  
2) Kserokopia dokumentu poświadczającego zatrudnienie lub inną formę aktywności zawodowej (np. umowa, wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej).*

..................................................................  
Podpis studenta/ki

Opinia Uczelnianego Opiekuna praktyki dotycząca możliwości osiągnięcia we wskazanym  
miejscu zatrudnienia lub innej aktywności zawodowej efektów uczenia się przypisanych  
do praktyki.  
............................................................................................................................  
............................................................................................................................  
............................................................................................................................

........................................................  
Podpis Uczelnianego Opiekuna praktyki

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody  
..................................................................  
Podpis Prodziekana ds. studenckich

Wydziału Nauk Biologicznych