…………..…………………..

*miejsce i data*

Imię i nazwisko …………….

Nr albumu

Adres e-mail

Nr telefonu

Rok studiów:……………………..

Tryb stacjonarny/niestacjonarny

*niepotrzebne skreślić*

Rodzaj praktyki: wizytująca/specjalizacyjna

*niepotrzebne skreślić*

Dziekan Wydziału Studiów nad Rodziną UKSW/

Pełnomocnik Dziekana WSR ds. Praktyk Studenckich

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zgodę na odbycie praktyk studenckich w instytucji:

…………………………………………………………………………………………………

*Pełna nazwa instytucji*

…………………………………………………………………………………………………

*Adres instytucji*

…………………………………………………………………………………………………

*Imię i nazwisk oraz funkcja osoby reprezentującej instytucję*

w terminie od………………………..do………………………..

Instytucja wymaga dokumentacji kierującej na praktykę:

* nie wymaga
* skierowanie
* porozumienie indywidualne
* inne……………………………………………………..

*Proszę wybrać właściwą opcję.*

Jednocześnie proszę o wydanie niezbędnej dokumentacji.

Po konsultacji z instytucją proponuję następujący zakres moich obowiązków w ramach realizacji praktyk:

1. ………………………………………………………………………………..
2. ……………………………………………………………………………….
3. ……………………………………………………………………………….
4. ……………………………………………………………………………….
5. ……………………………………………………………………………….

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem praktyk studenckich UKSW oraz Programem praktyk WSR.

Oświadczam, że posiadam polisę ubezpieczeniową NNW na czas realizacji praktyk.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie w związku z obowiązkiem realizacji praktyk studenckich.

 *……………………………………..*

*Podpis studenta/tki*