|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **POLITECHNIKA POZNAŃSKA** **Wydział Technologii Chemicznej** | **Załącznik nr 1** |

**WSTĘPNA ZGODA PRZYJĘCIA STUDENTA NA PRAKTYKĘ**

**Imię i Nazwisko** Wpisać imię i nazwisko

**Wydział**: Wpisać wydział
**Kierunek:** Wpisać studiowany kierunek
**Specjalność** Wpisać studiowaną specjalność

**Nr albumu** Wpisać nr albumu

**Rok studiów** Wpisać rok studiów **grupa** Wpisać grupę

**E-mail:** Wpisać swój adres mailowy do kontaktu **tel:** Wpisać swój nr telefonu

 **Opiekun praktyk (z ramienia Uczelni)**:
**Imię i Nazwisko:** dr hab. Justyna Werner

**E-mail:** justyna.werner@put.poznan.pl **tel:** 61 665 2883

**Termin praktyki** **od** Wybrać datę rozpoczęcia praktyki **do** Wybrać datę zakończenia praktyki

**Pełna nazwa Przedsiębiorstwa / Instytucji**:
Wpisać pełną nazwę Przedsiębiorstwa / Instytucji w której będzie odbywana praktyka

**Pełen adres korespondencyjny Przedsiębiorstwa / Instytucji:**

ul./os./pl., kod pocztowy i miejscowość
**Imię i Nazwisko opiekuna po stronie Przedsiębiorstwa / Instytucji:** Wpisać imię i nazwisko

**E-mail do przedstawiciela Przedsiębiorstwa / Instytucji:** Wpisać adres mailowy

**Tel:** Wpisać nr telefonu do przedstawiciela

**Przewidywany dział / stanowisko odbywanej praktyki:**Wpisać dział / stanowisko

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

Pieczątka i podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania Przedsiębiorcy/Instytucji

**Wyrażam zgodę**

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

Podpis opiekuna praktyk

z ramienia Uczelni

\* Praktyka powinna doprowadzić do uzyskania odpowiednich efektów uczenia się w zakresie wiedzy, umiejętności
i kompetencji społecznych. Ramowy program praktyk dla danego kierunku studiów jest dostępny na stronie Wydziału.