

.....
miejsowość i data

SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ

.....
Właściciel placówki

.....
Nazwa i adres placówki

Biuro Dydaktyki i Spraw Studenckich Uniwersytetu Opolskiego zwraca się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie w Państwa Zakładzie praktyki zawodowej studentce/studentowi (*imię i nazwisko*)....., studentce/owiroku studiów pierwszego/drugiego stopnia na kierunku kosmetologia z zakresu kosmetologii..... w okresie od do..... w wymiarze godzin dydaktycznych.

Adres zamieszkania studenta.....

Numer telefonu.....

Biuro Dydaktyki i Spraw Studenckich

Uniwersytet Opolski

Wyrażam zgodę:

.....
Data, podpis i pieczęćka właściciela / kierownika placówki