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

nazwa Instytucji Przyjmującej miejscowość, data

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

ulica, numer

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

kod pocztowy, miejscowość

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

numer telefonu

Deklaracja przyjęcia studenta Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II

w celu odbycia przez niego praktyki

(Instytucja Przyjmująca) …..............................................................................................................................

oświadcza, że przyjmie w terminie od …..................................... do …...........................................................

w wymiarze …………………………………………. godzin

w celu odbycia studenckiej praktyki zawodowej

studenta Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II:

(imię i nazwisko) ….................................................., numer albumu …..........................................................

Wydział …..............................................................., kierunek …....................................................................

forma studiów…………………………………….., poziom studiów………………………………………..

*(stacjonarne/niestacjonarne) (I stopnia, II stopnia, jednolite magisterskie)*

specjalność……………………………………………………………………………………………………

Mentorem Praktykanta będzie: (imię i nazwisko, stanowisko) …....................................................................

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

telefon/fax: …....................................................., e-mail: …............................................................................

Osoba upoważniona do podpisania porozumienia dotyczącego organizacji i prowadzenia studenckich praktyk zawodowych ze strony Instytucji Przyjmującej ….........................................................................................................

 *(imię, nazwisko, stanowisko, tytuł)*

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

 pieczęć i podpis