Załącznik Nr 5
do Regulaminu Praktyk

Pieczęć Wydziału

Radom, dnia……

S K I E R O W A N I E

Na podstawie umowy o organizację studenckiej praktyki zawodowej zawartej w dniu ……..... pomiędzy Uniwersytetem Technologiczno–Humanistycznym im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu,

a

……

……

kierujemy do Państwa studenta/ów kierunku **KOSMETOLOGIA**, …… roku studiów stacjonarnych w celu odbycia obowiązkowej studenckiej praktyki zawodowej w wymiarze i terminie jak niżej:

L.p.	Imię i nazwisko	Rok studiów	Okres praktyki	
			Ilość tygodni / wymiar godzin	Termin
1.				

Z ramienia Uczelni osobą odpowiedzialną za organizację praktyk zawodowych jest:

Dr n farm. Urszula Piotrowska, tel. 48 361 78 88

Opiekun praktyki - wskazany przez Zakład pracy

.....

imię i nazwisko, tytuł kontakt telefoniczny

.....

data i podpis Dziekana Wydziału