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 Radomskim im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu,

a …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Rok studiów/sem | Okres praktyki |
|  Wymiar godzin | Termin |
| 1. |  |  |  |  |

Z ramienia Uczelni osobą odpowiedzialną za organizację praktyk zawodowych jest:

**Dr inż. Katarzyna Sarna**

Opiekun praktyki - wskazany przez Zakład pracy

.............................................................................................................................. imię i nazwisko, tytuł kontakt telefoniczny

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

 data i podpis Dziekana Wydziału