

Warszawa, dnia.....

SKIEROWANIE

Uprzejmie proszę Panią/Pana

o przyjęcie:

.....
Nazwisko i imię studenta/studentki

studenta/studentki.....roku posiadającego legitymację studencką

nr /nr albumuna praktykę do

.....
Nazwa i adres instytucji przyjmującej studenta na praktykę

Czas trwania praktyki od dnia do dnia

.....
Pełnomocnik Dziekana
ds. Praktyk Studenckich

* - niepotrzebne skreślić