MIEJSCE ODBYWANIA PRAKTYK PRZEZ STUDENTA

ROK AKADEMICKI 2026/2027
ROK STUDIÓW …….
KIERUNEK TURYSTYKA I REKREACJA
TRYB : STACJONARNE/~~NIESTACJONARNE~~*
STOPIEŃ STUDIÓW: SPS/~~SDS/JSM/BLENDED LEARNING~~*

IMIĘ	NAZWISKO	MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU– DOKŁADNY ADRES PLACÓWKI	PLANOWANY TERMIN REALIZACJI PRAKTYK	NAZWA FIRMY UBEZPIECZENIOWEJ ORAZ NUMER POLISY UBEZPIECZENIA (NNW)	ADRES EMAIL STUDENTA LUB TELEFON KOMÓRKOWY

*niepotrzebne skreślić

podpis opiekuna praktyk

Uwaga: Proszę wypełniać tabelę DRUKOWANYMI LITERAMI lub komputerowo.