

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA PRAKTYKĘ *

wypełniony należy dostarczyć do sekcji praktyk studenckich co najmniej tydzień przed rozpoczęciem praktyki

WYPEŁNIA STUDENT

Nazwisko i imię studenta

Nr telefonu-- nr albumu:

Rok 2 (2022-2025) kierunek PEDAGOGIKA, specjalność: PEDAGOGIKA RESOCJALIZACYJNA

Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków – ksero polisy należy dołączyć do karty zgłoszenia, jeżeli tego wymaga placówka

Rodzaj praktyki: **60-godzinna praktyka kuratorska**

Termin odbycia praktyki [obowiązkowo] **od** **do**

DD-MM-RRRR

DD-MM-RRRR

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA STUDENTA NA PRAKTYKĘ

1) Imię i nazwisko opiekuna z ramienia placówki

PROSZĘ WPISAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

2) Czy student musi posiadać ubezpieczenie NNW: ☐ TAK ☐ NIE

3) Pieczętka placówki, w której student będzie odbywał praktykę

4) Dyrekcja placówki zobowiązuje się, że **nie przyjmie** studenta bez skierowania wystawionego przez sekcję praktyk studenckich.

* dane z formularza są niezbędne do przygotowania skierowania na praktykę.

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY WYKONAWCY
(opiekuna praktyki z ramienia placówki)

**W celu realizacji obowiązku zgłoszenia umowy do ZUS nałożonego na Akademię Nauk Stosowanych
poniższy kwestionariusz należy**

WYPEŁNIĆ I ODESŁAĆ NA ADRES E-MAIL: bozena.olchawa@akademiarac.edu.pl

niezwłocznie po jego otrzymaniu

DANE OSOBOWE			
Nazwisko:			
Imię:			
PESEL			
Tel. kontaktowy:			
Adres mailowy:			
ADRES ZAMELDOWANIA			
Województwo:		Miejscowość:	
Powiat:		Gmina:	
Kod pocztowy:		Ulica:	
Nr domu:		Nr mieszkania:	
Imię i nazwisko praktykantki/ta			