



WSCKZiU

Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia
Zawodowego i Ustawicznego Nr 2 w Poznaniu

Data

U– 4321.2019. - A.N.

imię i nazwisko słuchacza

wydział zaoczny

rok szkolny 2018/2019

telefon.....

e-mail

OŚWIADCZENIE

Niniejszym informuję, że praktyki zawodowe odbywać będę w:

.....
(dokładna nazwa instytucji)

.....
(dokładny adres instytucji – ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość)

nazwisko i imię dyrektora / kierownika (podkreśl właściwe stanowisko):

.....

nazwisko i imię opiekuna praktyki w miejscu odbywania:

.....

numer telefonu do placówki:

w terminie od _____ r. do _____ r.
(dzień) (miesiąc) (rok) (dzień) (miesiąc) (rok)

pieczętka instytucji
w której będą praktyki

.....
podpis słuchacza