



**WSCKZiU**

Wielkopolskie Samorządowe Centrum Kształcenia  
Zawodowego i Ustawicznego Nr 2 w Poznaniu

Data .....

U– 4321. .... .2025. .... - A.N.

imię i nazwisko słuchacza .....

wydział zaoczny

rok szkolny 2024/2025

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