**Załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 54/19 Rektora Politechniki Świętokrzyskiej z dnia 20 września 2019 r.**

[NAME] , [SNUM]

Imię i nazwisko studenta, nr albumu

[FACULTY] , [TYPE OF STUDIES]

Kierunek i forma studiów

[YEAR]  
Rok studiów

Pani/Pan

Prodziekan ds. Studenckich Wydziału

[RECIEVER]

**Podanie o zaliczenie praktyki studenckiej**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zaliczenie mi praktyki na studiach stacjonarnych/niestacjonarnych na kierunku [FACULTY] w roku akademickim [FR]/[SR]

na podstawie (wpisać jedną z sytuacji określoną w § 6 ust. 10 Regulaminu praktyk zawodowych)

[ARGUMENT]  
Jako potwierdzenie załączam (załącznik A) stosowne zaświadczenie.

[NAME] , [SNUM]

Podpis Studenta

Opinie:

* **Opiekun praktyki na kierunku** [NAME 1] Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody1 na zaliczenie praktyki i przedstawiam sprawę do dalszego rozpatrzenia

data, podpis [NAME] , [SNUM]

* **Wydziałowy kierownik praktyk** [NAME 2] Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody1 na zaliczenie praktyki i przedstawiam sprawę do dalszego rozpatrzenia

Podpis [NAME] , [SNUM]

* **Prodziekan ds. Studenckich Wydziału** [NAME 3] Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody1 na zaliczenie praktyki

Podpis [NAME] , [SNUM]

1 niepotrzebne skreślić

**Załącznik A**

**ZAŚWIADCZENIE**

* **Cel wystawienia:** zaliczenie praktyki studenckiej
* **Imię i nazwisko studenta:** [NAME]
* **Nazwa instytucji/zakładu, w której pracuje/pracował student:** [WORKPLACE]
* **Adres instytucji/zakładu:** [WORKPLACE ADDRESS]
* **Profil działalności:**

[PROFILE]

* **Stanowisko studenta w czasie pracy**

[POSITION]

* **Czas pracy** [WORKTIME]
* **Zakres obowiązków studenta w czasie pracy w odniesieniu do kierunku jego studiów**

[DUTIES]

* **Dane osoby, która może poświadczyć prawdziwość powyższych danych (prezes, dyrektor, Koordynator Programu Badawczego/Erasmusa, itp.) wraz z podpisem**

[COORDINATOR]

* **Uwagi** [NOTES]
* **Data i podpis studenta** [DATE]