

## ZGŁOSZENIE MIEJSCA PRAKTYKI NA STUDIACH PODYPLOMOWYCH

Nazwa studiów podyplomowych: *Edukacja i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością intelektualną - oligofrenopedagogika*

Imię i nazwisko słuchacza .....

nr albumu ..... semestr studiów drugi/ trzeci\* .....

Pełna nazwa zakładu/instytucji, w której słuchacz studiów podyplomowych będzie odbywał praktykę:

.....  
.....

Adres i telefon zakładu/instytucji:

.....  
.....

Termin odbycia praktyki: .....

Załącznik do zgłoszenia miejsca praktyki stanowi **program praktyki zatwierdzony** przez zakład/ instytucję (pieczęć i podpis dyrektora/ kierownika placówki), w której słuchacz będzie odbywał praktykę.

---

Potwierdzenie zakładu/instytucji (pieczętka firmowa lub podpis oraz pieczętka imienna pracownika, opiekuna praktyki):



.....  
data i podpis opiekuna praktyki

---

Wypełnia Uczelnia

Opiniuję pozytywnie/negatywnie\*  
miejsce odbycia praktyki

.....  
Kierownik studiów podyplomowych

Zatwierdzam/nie zatwierdzam\*  
miejsce odbycia praktyki

.....  
Dziekan