Załącznik nr 1

**MIEJSCE ODBYWANIA PRAKTYK PRZEZ STUDENTÓW STUDIÓW STACJONARNYCH / NIESTACJONARNYCH**

KIERUNEK **SOCJOLOGIA** ROK AKADEMICKI ………………..SPECJALNOŚĆ ……………………….………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **NAZWISKO I IMIĘ** | **MIEJSCE ODBYWANIA PRAKTYKI – DOKŁADNA NAZWA I ADRES PLACÓWKI** | **PLANOWANY TERMIN REALIZACJI PRAKTYKI** | **NAZWA FIRMY UBEZPIECZENIOWEJ ORAZ NUMER POLISY UBEZPIECZENIA (NNW i OC)** | **ADRES EMAIL STUDENTA LUB TELEFON KOMÓRKOWY** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

……….……………………………….…….. podpis akademickiego opiekuna praktyk studenckich