................................., dnia .........................

Józefów, dnia...................

................................................

*(imię i nazwisko)*

...............................................

*(zakres studiów podyplomowych/ kształcenia specjalistycznego\*)*

......................................................

*(numer albumu)*

Prorektor ds. kształcenia

Dr hab. Małgorzata Such-Pyrgiel

Wyższej Szkoły

Gospodarki Euroregionalnej

im. Alcide De Gasperi w Józefowie

**WNIOSEK**

**o zwolnienie z obowiązku odbycia praktyki zawodowej**

Proszę o zaliczenie praktyki zawodowej na podstawie czynności (praca zawodowa itp.) zgodnych z realizowanym programem i wymaganiami programu praktyki.

Związek wykonywanych czynności z programem praktyk: .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

........................................................

data i czytelny podpis

**\* niewłaściwe skreślić**

**OŚWIADCZENIE O REALIZACJI PROGRAMU PRAKTYKI**

......................................................

imię i nazwisko słuchacza/ uczestnika kształcenia specjalistycznego\*

......................................................

numer albumu

Jestem słuchaczem/ uczestnikiem kształcenia specjalistycznego\* ................ semestru studiów podyplomowych/ kształcenia specjalistycznego\* w zakresie ………………………….… ………………………………………………………………………...…………. realizowanych/ -ego w Wyższej Szkole Gospodarki Euroregionalnej im. Alcide De Gasperi w Józefowie.

Oświadczam, że w terminie od ...................................... r. do ..................................... r. wykonywałem/-am czynności obejmujące zakres praktyki zawodowej w wymiarze ............................ godzin, w postaci (*proszę zaznaczyć odpowiednią pozycję*):

* pracy zawodowej;
* wolontariatu;
* uczestnictwa w stażach;
* własnej działalności gospodarczej,

zgodne z zakresem realizowanych studiów podyplomowych polegające na:

............................................................................................................................................................................

*nazwa lub opis stanowiska*

............................................................................................................................................................................

*nazwa Instytucji, adres*

w ......................................................... .

*miasto*

Wykonywałem/-am m.in. następujące czynności:

• ...................................................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................................................

• ...................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................

• ....................................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................

• .....................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................

........................................................

*czytelny podpis*

**Załącznik:** Opinia o przebiegu zatrudnienia, wolontariatu lub stażu, lub dokument potwierdzający prowadzenie działalności przez słuchacza/ uczestnika kształcenia specjalistycznego\*.

**\* niewłaściwe skreślić**