

Warszawa, dn.



02-366 Warszawa
ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. nr 18
tel. +48 22 646 20 60
tel./fax +48 22 646 34 18
rekrutacja@wsiiz.pl
www.wsiiz.pl

OŚWIADCZENIE/ZOBOWIĄZANIE PRAKTYKANTA

Imię i nazwisko studenta

Nr albumu

Wydział

Kierunek, specjalizacja, semestr

Tryb studiów

Rok akademicki

Numer telefonu

Mail

Miejsce odbywania praktyki (pełna nazwa, adres, nr telefonu, imię i nazwisko opiekuna)

.....

.....

Oświadczam, iż zapoznałem się z Regulaminem Praktyk Zawodowych Wyższej Szkoły Inżynierii i Zdrowia w Warszawie, a tym samym zobowiązuję się do jego przestrzegania. Ponadto zobowiązuję się do przestrzegania zasad i regulaminu obowiązującego w instytucji, w której będzie realizowana studencka praktyka zawodowa.

.....
podpis