

Miejscowość, data	
Nazwa Zakładu Pracy adres, telefon, fax (lub pieczęć)	
Reprezentowanego przez imię, nazwisko, stanowisko	
Osoba upoważniona ze strony Zakładu Pracy do opieki nad praktykantem imię, nazwisko, stanowisko	

## **PROMESA PRZYJĘCIA NA PRAKTYKĘ INDYWIDUALNĄ**

Niniejszym wyrażamy zgodę na przyjęcie studenta/studentki\* Wydziału Odlewnictwa Akademii Górniczo-Hutniczej im. Stanisława Staszica w Krakowie

Pana/Pani\* .....

adres stałego miejsca zamieszkania studenta/studentki\*:

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

na praktykę zawodową (czas trwania praktyki - 4 tygodnie pomiędzy 01.07.2021 a 31.08.2021 roku)

Przewiduje się, że w ramach praktyki student/studentka\* otrzyma/nie otrzyma\* wynagrodzenie/wynagrodzenia\*.

.....  
*Pieczęć i podpis*

---

\*niepotrzebne skreślić