Informacje o organizatorze i uzgodnionym terminie praktyki zawodowej   
na kierunku Zarządzanie w sporcie

Studenci, którzy będą realizować praktykę w sposób tradycyjny proszeni są o wypełnienie wszystkich rubryk poniższej tabeli.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Imię i nazwisko studenta:** | **Nr albumu** |
|  |  |
| 2. | **Forma odbywania praktyki:**  tradycyjna / zdalna / na podstawie zaświadczenia o pracy**\*** | |
| 3. | **Ustalony wstępnie termin praktyki: 30 dni roboczych (180 godzin)**  od …………….. do …………... | |
| 4. | **Organizator praktyki (pełna nazwa zakładu pracy):** | |
| 5. | **Dokładny adres zakładu pracy (z kodem pocztowym):** | |
| 6. | **Imię i nazwisko (stanowisko) opiekuna praktyki ze strony zakładu pracy:** | |
| 7. | **Adres mailowy lub nr telefonu lub opiekuna praktyki ze strony zakładu pracy:** | |
| 8. | **Dni tygodnia, w których realizowana będzie praktyka \*\***  **(dotyczy *tylko* praktyki realizowanej w trakcie odbywania zajęć dydaktycznych):** | |
| 9. | **Dom studencki na czas praktyki:**  **TAK / NIE\*** | |

**\*** - niepotrzebne skreślić

**\*\*** - Wypełnić tylko w przypadku praktyk realizowanych w trakcie semestru.

**WYPEŁNIONĄ TABELĘ PROSZĘ PRZESŁAĆ DROGĄ MAILOWĄ DO KIEROWNIKA PRAKTYK DLA KIERUNKU.**