

STAROPOLSKA SZKOŁA WYŻSZA

W KIELCACH

Instytut Psychologii

**Akceptacja miejsca odbywania praktyk**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Nr albumu |  |
| Kierunek, rok, specjalność studiów |  |
| Proponowane miejsce odbywania praktyk* Nazwa zakładu
* Adres zakładu
 |  |
| Charakterystyka proponowanego miejsca odbywania praktyk * zakres wykonywanej działalności
* liczba zatrudnionych osób
* informacje na temat sprzętu/programów którym dysponuje zakład pracy
 |  |
| Akceptacja miejsca odbywania praktyk |  |
| Data i podpis Koordynatora ds. praktyk zawodowych |  |