Załącznik B

**MIEJSCE ODBYWANIA PRAKTYK PRZEZ STUDENTÓW**

KIERUNEK……………………………….ROK AKADEMICKI……………………SPECJALNOŚĆ…………………………………………………………

ILOŚĆ GODZIN PRAKTYKI………………..………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Miejsce odbywania praktyki-dokładny adres placówki** | **Planowany termin realizacji praktyki** | **Nazwa firmy ubezpieczeniowej oraz numer polisy ubezpieczenia (OC i NNW)** | **Adres e-mail studenta i nr telefonu komórkowego** | **Podpis studenta** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Podpis opiekuna praktyk**