



Poznań,

.....202.....r.

Pełnomocnik Dziekana ds. praktyk studenckich  
w miejscu

**Informacja o podjęciu praktyki w jednostce UAM**

studentka/student

.....  
(imię i nazwisko, kierunek, specjalizacja)

będzie realizować praktykę zawodową w

.....  
.....  
(nazwa jednostki UAM)

w terminie od ..... do .....  
(dokładna data rozpoczęcia oraz zakończenia praktyki)

.....  
opiekun specjalizacji

.....  
akademicki opiekun praktyki

ul. A. Fredry 10, Collegium Maius 61-701 Poznań  
NIP 777 00 06 350 REGON 000001293  
tel. +48 61 829 46 90, fax +48 61 829 46 90

[www.amu.edu.pl](http://www.amu.edu.pl)