



Uczelnia Lingwistyczno-Techniczna w Przasnyszu  
ul. Szosa Ciechanowska 6  
06-300 Przasnysz  
tel. 29 752 43 42  
e-mail: kontakt@ult.edu.pl

#### Załącznik nr 4

### Skierowanie na praktyki zawodowe/stażu zawodowego

Uczelnia Lingwistyczno-Techniczna w Przasnyszu zwraca się z prośbą o przyjęcie w okresie  
.....na praktykę zawodową studenta:.....  
(termin odbywanej praktyki) (imię i nazwisko studenta)

III/IV roku studiów niestacjonarnych I stopnia na kierunku Budownictwo.

Praktyka odbywa się w trakcie trwania lub po V, VI, VI semestrze i trwa: 1 miesiąc, 2,5 miesiąca\*

(\*proszę zaznaczyć odpowiednią opcję)

Celem praktyki zawodowej jest praktyczne zapoznanie studenta z zawodem, do wykonywania którego uprawniać będzie ukończenie studiów na kierunku Budownictwo, a zakres praktyki powinien odpowiadać treściom kształcenia określonym w standardach nauczania (Rozp. MNiSW z dnia 26.09.2016r., Dz.U., poz. 1596). Praktyka zawodowa zapewni weryfikację nabytej wiedzy teoretycznej z jej praktycznym zastosowaniem oraz umożliwi studentowi zaznajomienie się z całokształtem struktury i funkcjonowania instytucji/przedsiębiorstwa/urzędu/zakładu\*. Student pod kierunkiem opiekuna powinien zostać w ustalonym zakresie włączony do procesu produkcyjnego lub wykonawczego instytucji/przedsiębiorstwa/urzędu/zakładu\*, jak i uczestniczenia w bieżących sprawach instytucji/przedsiębiorstwa/urzędu/zakładu\*, związanych z realizowanym przez studenta programem kierunku studiów.

Jednocześnie informuję, że z tytułu przyjęcia studenta na praktykę instytucja/przedsiębiorstwo/urząd/zakład\* nie jest zobowiązana do żadnych świadczeń finansowych.

Prosimy o zapewnienie studentowi opieki zawodowej na czas praktyki.

Uprzejmie prosimy o potwierdzenie możliwości przyjęcia studenta.....

na praktykę/staż zawodowy w instytucji/przedsiębiorstwie/urzędzie/zakładzie\*:.....

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

(pieczęć instytucji przyjmująca na praktykę)



*Uczelnia Lingwistyczno-Techniczna w Przasnyszu  
ul. Szosa Ciechanowska 6  
06-300 Przasnysz  
tel. 29 752 43 42  
e-mail: kontakt@ult.edu.pl*

Praktyka odbędzie się w okresie od dnia ..... do dnia.....

Opiekunem praktykanta z ramienia w instytucji/przedsiębiorstwie/urzędzie/zakładzie\* jest:

.....

*(imię i nazwisko opiekuna praktyk)*

tel. ....

*(tel. kontaktowy do opiekuna praktyk)*

\* - niepotrzebne skreślić