



Miejscowość .....data .....

**Indywidualny program praktyki  
na kierunku: Zarządzanie  
Studia I stopnia  
Profil: ogólnoakademicki**

1. Imię i nazwisko studenta: .....
2. Nr albumu: .....
3. Adres zamieszkania: .....
4. Rodzaj studiów (stacjonarne – niestacjonarne): .....
5. Specjalność: .....
6. Telefon kontaktowy studenta: .....
7. Nazwa i siedziba Organizatora praktyk: .....
8. Czas trwania praktyki: od ..... do .....

9. Czas trwania praktyki zgodnie z regulaminem praktyk dla kierunku: Zarządzanie wynosi 4 tygodnie (1 miesiąc). Dzienny wymiar godzinowy praktyk wynosi 8 godzin zegarowych (7 godzin zegarowych osoby z orzeczoną stopniem niepełnosprawności). Punkty ECTS wliczane są do semestru VI.

10. Praktykę studenci mogą odbywać w podmiotach gospodarczych i organizacjach dowolnego typu, w szczególności w: przedsiębiorstwach, w których występują m. in. działy: handlowy, sprzedaży, marketingu, kadr, szkoleń, finansów, rachunkowości, produkcji; organach administracji samorządowej i państwowej; bankach, biurach rachunkowych; biurach doradztwa podatkowego; urzędach skarbowych; organach administracji lokalnej; samorządowej, placówkach sektora handlowego; finansowego; biurach maklerskich; agencjach reklamowych, konsultingowych; szkoleniowych; firmach logistycznych; spedycyjnych; instytucjach naukowo-badawczych oraz innych podmiotach pod warunkiem, iż zakres wykonywanych w nich zadań jest zgodny z obraną specjalnością.

11. Opiekun praktyk z ramienia Uczelni oraz tel. kontaktowy: .....

12. Indywidualny program praktyki – wykaz zadań i czynności przygotowany w oparciu o ramowy plan praktyki na kierunku Zarządzanie - ustalony z organizatorem praktyk oraz zatwierdzony przez Opiekuna praktyki z ramienia Uczelni:

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków na okres trwania praktyki

Data: .....

Czytelny podpis praktykanta.....

.....  
/Pieczętka imienna i podpis Opiekuna praktyki z ramienia Organizatora praktyk oraz pieczętka zakładu pracy/

.....  
/Podpis Opiekuna praktyk z ramienia Uczelni oraz pieczętka MWSE/