**Dane do umowy o praktykę zawodową**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane praktykanta** | |
| Imię i nazwisko praktykanta: |  |
| Praktyka w zawodzie:  (należy zaznaczyć właściwe) | 🞏 technik grafiki i poligrafii cyfrowej  🞏 technik informatyk  🞏 technik logistyk  🞏 technik programista |
| Termin praktyki, wymiar: | **5-30 maj 2025, 140 godz. (7 godz./dz.)** |
| **Dane firmy** | |
| Nazwa: |  |
| Adres: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| Adres e-mail: |  |
| **Imię i nazwisko** **podpisującej umowę**  (np. właściciel/prezes/dyrektor), stanowisko służbowe: |  |
| **Imię i nazwisko** osoby odpowiedzialnej za praktykanta  (**opiekuna praktyk**): |  |
| Miejsce odbywania  praktyki zawodowej |  |
| Proszę zaznaczyć: | 🞏 Rezygnujemy z refundacji dodatku szkoleniowego dla opiekuna praktyk. Środki zostaną przeznaczone na działalność statutową szkoły.  🞏 Nie rezygnujemy z refundacji dodatku szkoleniowego dla opiekuna.  Nr konta do wypłaty refundacji:  ……………………………………………………………………………………….….. |