

Olsztyn, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Nr albumu

**Kierunek: BEZPIECZEŃSTWO NARODOWE**  
**STUDIA NIESTACJONARNE DRUGIEGO STOPNIA**

**Szanowna Pani Dziekan**  
**Wydziału Nauk Społecznych UWM w Olsztynie**  
**dr hab. Joanna Ostouch-Kamińska, prof. UWM**

**WNIOSEK O ZALICZENIE PRAKTYKI NA PODSTAWIE ZATRUDNIENIA**

Zwracam się z prośbą o zaliczenie wykonywanej przeze mnie pracy w:

.....  
(pełna nazwa i adres zakładu pracy/przedsiębiorstwa)

w okresie od ..... do .....

na stanowisku .....

jako praktyki ciągłej przewidzianej programem studiów na kierunku Bezpieczeństwo narodowe, studia niestacjonarne drugiego stopnia.

Pracę wykonywałem/łam\* w ramach .....  
(wpisać rodzaj stosunku pracy np. umowa o pracę, umowa zlecenia, staż)

Jednocześnie, po zapoznaniu się z obowiązującym na studiowanym przeze mnie kierunku programem praktyk, oświadczam, że charakter wykonywanych przeze mnie obowiązków zawodowych odpowiada wymienionym w programie praktyk zadaniom. Do podania załączam stosowne zaświadczenie z zakładu pracy oraz potwierdzoną kopię – umowy o pracę\*/świadczenia pracy\*/zaświadczenia o wpisie do ewidencji gospodarczej\*/inne .....

.....  
data i czytelny podpis studenta/studentki

**Opinia Opiekuna Praktyk Wydziału Nauk Społecznych:**

.....  
.....

.....  
data i czytelny podpis Opiekuna

**Decyzja Dziekana:**

Na podstawie Regulaminu studiów Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie §25 ust.2, Załącznik do Uchwały nr 182 Senatu Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie z dnia 29 marca 2022 roku

**Zaliczam praktykę / Nie zaliczam praktyki\***

.....  
data, pieczęć i podpis Dziekana

\* niepotrzebne skreślić

....., dnia.....

## ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym zaświadcza się, że Pan/Pani\* .....  
zamieszkały(a).....  
ur. .... w(e) .....  
w okresie od ..... do ..... jest/był\*(a) zatrudniony(a)  
w .....  
.....  
(nazwa i adres zakładu pracy)  
na stanowisku .....

W okresie zatrudnienia pracownik miał możliwość realizacji następujących działań:

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

.....  
pieczęć zakładu pracy

.....  
podpis osoby uprawnionej

\* niepotrzebne skreślić