**Opinia opiekuna praktyk o realizacji**

**praktyk obowiązkowych studenta/doktoranta\***

**w ramach Programu Erasmus+**

Białystok, ………………………….

(Imię i nazwisko)

………………………………………………….

(rok i kierunek studiów)

…………………………………………………

(nr albumu)

…………………………………………………

**PODANIE**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na odbycie praktyki obowiązkowej, stanowiącej integralną część studiów na Kierunku …………………………………, w ramach mobilności w ramach Programu Erasmus+ do: ………………………………………………………………… (nazwa instytucji przyjmującej), planowanej w terminie
od \_\_ /\_\_ / \_\_\_\_ do \_\_ /\_\_ / \_\_\_\_ .

Jednocześnie oświadczam, że instytucja przyjmująca wyraziła zgodę na realizację praktyki.

**Data i podpis stypendysty……………………………………….**

**OPINIA OPIEKUNA PRAKTYK**

Ja, niżej podpisany/a ………………………………………………………… wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody\* na odbycie obowiązkowych praktyk w ramach Programu Erasmus+ ww. stypendysty.

**Data i podpis Opiekuna Praktyk studenta/doktoranta\*…………………………………………………….**

**Data i podpis Uczelnianego Koordynatora Programu Erasmus+ …………………………………………………….**

\*skreślić niewłaściwe