

Nauczyciel - opiekun studenckiej praktyki nauczycielskiej

Uprzejmie proszę o wypełnienie poniższego formularza. Dane w nim zawarte są niezbędne do wystawienia umowy oraz rachunku za wykonanie czynności Opiekuna Studenckiej Praktyki Nauczycielskiej. Formularz proszę odesłać na podany w nagłówku adres na nazwisko koordynatora praktyk (lub skan na adres mailowy: a.szelecka@wmie.uz.zgora.pl).

dr Alina Szelecka
Koordynator praktyk z ramienia Wydziału

FORMULARZ NAUCZYCIELA-OPIEKUNA STUDENCKIEJ PRAKTYKI NAUCZYCIELSKIEJ

[illegible]

IMIĘ OJCA																	
IMIĘ MATKI																	
MIEJSCE URODZENIA																	
DATA URODZENIA	DZIEŃ					MIESIĄC					ROK						

[illegible]

MIEJSCE ZAMIESZKANIA	MIEJSCOWOŚĆ																			
	KOD POCZTOWY			-																
	POCZTA																			
	ULICA																			
	NR DOMU/MIESZKANIA																			

MIEJSCE ZAMELDOWANIA (jeśli inne niż adres zamieszkania)	MIEJSCOWOŚĆ																		
	KOD POCZTOWY			-															
	POCZTA																		
	ULICA																		
	NR DOMU/MIESZKANIA																		

TELEFON

E-MAIL

NAZWA BANKU I NUMER KONTA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

URZĄD SKARBOWY

(pełna nazwa Urzędu Skarbowego)

ULICA..... NR..... KOD POCZTOWY..... MIEJSCOWOŚĆ.....

MIEJSCE PRACY.....

(nazwa szkoły)

.....
(podpis)