

SOUHLAS S VYKONÁNÍM ODBORNÉ PRAXE
(TISKOPIS, PROSÍM, VYPLŇTE ČITELNĚ– HŮLKOVÝM PÍSMEM)

FREKVENTANT

Jméno a příjmení:

Osobní číslo:

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor:

Forma studia:

Ročník:

ORGANIZACE

Název:

Sídlo:

IČ:

DIČ:

Statutární zástupce:

(dále jen „Poskytovatel“)

Poskytovatel souhlasí s umístěním frekventanta na praxi. Na základě tohoto souhlasu bude Slezskou univerzitou v Opavě, Fakultou veřejných politik (dále jen FVP SU v Opavě) vyhotovena **Smlouva o zabezpečení odborné praxe studentů** (příp. příloha k rámcové smlouvě) mezi FVP SU v Opavě a poskytovatelem praxe na dobu určitou

Praxe bude realizována na adrese:

Kontaktní osoba/školitel (odpovědný za výkon odb. praxe):

E-mail:

Tel. č.:

Podpis osoby oprávněné jednat jménem poskytovatele
(podpis a razítko organizace)