

Poznań, dnia r.

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer PESEL

Numer telefonu kontaktowego

Pan Grzegorz Karolczyk
Dyrektor Poznańskiego
Centrum Świadczeń
ul. Wszystkich Świętych 1
61-843 Poznań

**Podanie o przyjęcie na praktyki absolwenckie / obowiązkowe dla
studentów i słuchaczy szkół policealnych¹**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie płatnej 3-
miesięcznej praktyki absolwenckiej / nieodpłatnej praktyki obowiązkowej dla
studentów i słuchaczy szkół policealnych w Poznańskim Centrum Świadczeń w
okresie od do w wymiarze
godzin tygodniowo.

Jestem absolwentem / studentem/ uczniem²

(pełna nazwa szkoły i kierunku).

¹ niepotrzebne skreślić

² niepotrzebne skreślić

Uzasadnienie

Praktyki pozwolą mi uzyskać doświadczenie i nabyć umiejętności praktyczne niezbędne do wykonywania pracy administracyjno-biurowej.

podpis

Załączniki :

- 1) Kserokopie dokumentów poświadczające posiadane wykształcenie oraz uzyskane uprawnienia w przypadku praktyk absolwenckich / skierowanie do odbycia praktyk w przypadku praktyk obowiązkowych