

Suglasnost organizacije o primanju studenta/ice na specijalističku praksu

Organizacija u kome student/ica odrađuje praksu:

Naziv organizacije: _____
Adresa: _____
Djelatnost: _____
Telefon, mob.: _____
E-mail, web adresa: _____
Direktor/ica (ime i prezime): _____

Mentor/ica u organizaciji u kojoj student/ica odrađuje praksu:

Ime i prezime: _____
Radno mjesto/pozicija: _____
Tel., mob., e-mail: _____

Suglasnost

Potvrđujem suglasnost o primanju _____ na praksu u
(ime i prezime studenta/ice, studijska grupa)

(naziv organizacije, adresa)

te potvrđujem sljedeće:

1. Predmet prakse (na kojim poslovima će se praksa odvijati):

2. Termin održavanja prakse (u ukupnom trajanju od 160 sati):

od _____ do _____

3. U slučaju potrebe kontaktirat ću _____
(ime i prezime voditelja specijalističke prakse na SDSS-u)

4. Po završetku prakse ocijenit ću kvalitetu rada, zalaganje i doprinos studenta/ice

_____, _____. 20____.
(mjesto)

Mentor/ica u organizaciji

Voditelj/ica specijalističke prakse na SDSS-u

M.P.