



AKADEMIA NAUK STOSOWANYCH W KONINIE

WYDZIAŁ

62-510 Konin, ul., tel.

1. OŚWIADCZENIE O REALIZACJI STUDIÓW DUALNYCH:

Imię i nazwisko.....,
nr albumu, student/ka roku semestru na kierunku
....., studia stacjonarne / niestacjonarne*
pierwszego stopnia / drugiego stopnia*

Oświadczam, że w roku akademickim realizuję studia dualne w wymiarze 1/5 etatu
/ 2/5 etatu* w przedsiębiorstwie

/nazwa zakładu pracy, adres, NIP, REGON /

.....
miejsowość i data

.....
podpis studenta

2. OŚWIADCZENIE ZAKŁADU PRACY:

Oświadczam, że Pan/i
w roku akademickim jest zatrudniony/a w

/nazwa zakładu pracy/

na podstawie umowy o pracę – wymiar zatrudnienia 1/5 etatu / 2/5 etatu* / innej formy zatrudnienia* .

Wykonywane przez ww. osobę czynności zawodowe mają na celu osiągnięcie efektów uczenia się przypisanych
do kierunku studiów

.....
miejsowość i data

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej / przedstawiciela zakładu pracy

* niepotrzebne skreślić