**Žádost o absolvování odborné praxe studenta**

**Student programu Rostlinná produkce**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| **Kontaktní adresa:** |  |
| **Kontaktní telefonní číslo:** |  |
| **e-mail:** |  |

Na základě studijních povinností studenta programu Rostlinné produkce na Fakultě agroekologie, potravinových a přírodních zdrojů (FAPPZ) České zemědělské univerzity v Praze, ke kterým náleží absolvování Odborné praxe odpovídající rozsahu 25 odpracovaných dnů, Vás žádám o písemné potvrzení souhlasu k absolvování odborné praxe. Kladné vyjádření dotazovaného subjektu a garanta programu je podmínkou pro uzavření **Dohody o zajištění odborné praxe studenta** mezi dotazovaným subjektem a FAPPZ.

**Subjekt, ve kterém má odborná praxe probíhat:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Název subjektu:** |  |
| **Kontaktní adresa:** |  |
| **Kontaktní telefonní číslo:** |  |
| **e-mail:** |  |
| **Osoba zastupující subjekt:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **V** |  | **Dne:** |  |

Podpis studenta

Vyjádření subjektu k absolvování odborné praxe studentem:

Na základě vzájemné domluvy s panem/paní

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** |  |

souhlasíme s absolvování odborné praxe v našem subjektu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **V** |  | **Dne:** |  |

Podpis zástupce subjektu

Vyjádření garanta Odborné praxe k absolvování odborné praxe studentem:

Souhlasím/nesouhlasím s absolvování odborné praxe studenta ve zvoleném subjektu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **V** |  | **Dne:** |  |

Doc. Ing. Václav Brant, PhD.

Garant Odborné praxe