**Załącznik nr 3**

**DEKLARACJA WSPÓŁPRACY**

**Dane ogólne:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pracodawcy** |  |
| **Adres** |  |
| **Telefon/fax** |  | **E-mail** |  |

**Osoba upoważniona do kontaktów ze strony pracodawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko, stanowisko** |  |
| **Telefon/fax** |  | **E-mail** |  |

Deklaruję przyjęcie studenta/studentów na staż,
na warunkach określonych w Umowie Stażowej między Przyjmującym na staż, Uniwersytetem Opolskim i Studentem w ramach projektupt. „Zintegrowany Program Rozwoju Uniwersytetu Opolskiego”

.........................................................................................................

Imię i nazwisko studenta

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *miejscowość, data* | *pieczęć i podpis* |

Zgłoszenie dla studentów można wysłać na adres inkubator@uni.opole.pl

 lub przekazać na adres:

Uniwersytet Opolski

Akademicki Inkubator Przedsiębiorczości Uniwersytetu Opolskiego

ul. Grunwaldzka 31, 45-060 Opole