



Imię i nazwisko	Podanie wpłynęło dnia
Nr albumu kierunek
Adres do korespondencji:	Numer:
.....
Telefon:
E mail:

Adresat: OPIEKUN PRAKTYK

Podanie opatrzone własnoręcznym podpisem należy przesłać na adres Opiekuna grupy z ramienia Dziekanatu

WNIOSEK O ZGODĘ NA ZALICZENIE PRAKTYK
(PRAKTYKI ZWYKŁE)

Wnoszę o zaliczenie praktyk studenckich na kierunku

Miejsce odbywania praktyk:

Wymiar praktyk:

Opiekun praktyk

Opiekun praktyk - dane kontaktowe (telefon oraz e mail)

Załączniki:

Karta praktyk studenckich

inny, tj.

Uzasadnienie

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

Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y, że rozstrzygnięcie w niniejszej sprawie zostanie mi doręczone na indywidualne konto e mail w domenie Uczelni.

Data

Podpis Studenta

Adnotacje

Księgowość	
<input type="checkbox"/> brak zaległości	<input type="checkbox"/> zaległości w opłatach za studia
	Kwota: zł
	Na dzień
Data i podpis	

Dziekanat
Przekazano do Opiekuna praktyk / Uwagi:
Data i podpis