



Imię i nazwisko	Wniosek wpłynął 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. Oryginał rozstrzygnięcia znajdować się będzie w aktach osobowych studenta.

Data

Podpis Studenta