..................................................................... dn. .........................................

imię i nazwisko

**DOTYCZY REALIZACJI PRAKTYK W TRAKCIE TOKU ROKU AKADEMICKIEGO**

Proszę o możliwość odbycia praktyk w terminie..........................................................................................

Zobowiązuje się do uczestnictwa w zajęciach zgodnie z tokiem studiów.

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

/podpis studenta/

**Decyzja Opiekuna kierunkowego praktyk:**

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

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

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

/data i podpis Opiekuna praktyk/

**Decyzja Prodziekana ds. studenckich:**

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

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

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

/data i podpis Prodziekana ds. studenckich /