

.....  
(imię i nazwisko)

Wałbrzych, dn. ....

.....  
(nr albumu / kierunek / forma studiów)

.....  
(nr telefonu / email)

Sz. P.

.....

**Dyrektor Instytutu**.....

Podanie o zmianę terminu realizacji praktyki studenckiej

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

Zobowiązuję się zrealizować praktykę w terminie do: .....

Z poważaniem

Do podania dołączam:

podpisaną **KARTĘ ZGŁOSZENIA PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

zaświadczenie lekarskie

.....

.....

(podpis studenta)

<p><b>Opinia:</b> Powyższa praktyka <i>dotyczy/nie dotyczy</i> przedmiotu realizowanego jako deficyt punktowy.</p> <p>Opiniuję <i>pozytywnie/negatywnie</i>. Ostateczny termin realizacji praktyki: .....</p> <p>Data i podpis kierownika Biura Praktyk Studenckich i Karier</p>	<p><b>Uwagi:</b> w tym: dotychczasowe punkty deficytowe .....</p> <p>poprzednie zmiany terminu realizacji praktyki .....</p> <p>Data i podpis osoby weryfikującej</p>
--	---

**Decyzja Dyrektora Instytutu**

*Zgoda/Brak zgody* na zmianę terminu realizacji praktyki studenckiej.

.....  
**Data i podpis Dyrektora Instytutu**