

.....
(imię i nazwisko)

Wałbrzych, dn.

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

.....
(nr telefonu / email)

Szanowna Pani
dr Agata Krycia-Chomińska
Prorektor ds. studentów i jakości
kształcenia ANS AS

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

Decyzja Prorektora ds. studentów i jakości kształcenia

Zgoda/Brak zgody na zmianę terminu realizacji praktyki studenckiej.

.....
Data i podpis Prorektora ds. studentów i jakości kształcenia