Imię i nazwisko studenta/ki: ……………………………………………

Numer telefonu, e-mail: ……………………………………………..……

Numer albumu: ………………………………………….……………………

Kierunek: …………………………………………………………….………….

Rok i semestr studiów: ……………………………………………………

Tryb studiów: stacjonarne/niestacjonarne\*

Forma studiów: pierwszego stopnia/drugiego stopnia/jednolite magisterskie\*

Opole, dnia ………………………………….

Szanowna/y Pani/Pan

………………………………………………………………..

Koordynator praktyk

na kierunku …………………………….

w miejscu

**PODANIE O WYDŁUŻENIE CZASU REALIZACJI PRAKTYKI OBOWIĄZKOWEJ**

 Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na wydłużenie czasu realizacji praktyki obowiązkowej ponad termin zalecany w harmonogramie studiów na kierunku ………………………………, studia pierwszego/drugiego\* stopnia, stacjonarne/niestacjonarne\*.

Proponowany termin realizacji praktyki: od ………………do ………………..

Liczba godzin: ………..

Wskazany powyżej termin nie będzie kolidował z innymi zajęciami wynikającymi z planu zajęć.

Uzasadnienie:

……………………………………………………………………………………………..…………………….…………………………

……………………………………………………………………………………………..………………….……………………………

………………………………………

 Podpis studenta

|  |
| --- |
| **Opinia Koordynatora praktyk:** |
|  |
| Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody\*………………………………**Data i podpis Koordynatora praktyk** |

\* niepotrzebne skreślić