

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

.....

Koordinator 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: oddo

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