

Słupsk, dnia.....

Nazwisko i imię.....
Numer albumu:.....
Kierunek:
Rok studiów/semestr:
Specjalność:
Studia stacjonarne/ niestacjonarne/ e-learning (BLS)*
Studia I stopnia/ II stopnia/ JSM*
Kontakt: adres do korespondencji, telefon/e-mail.....
.....

Adnotacje - podanie złożono w dniu (podpis pracownika)

Dyrektor Instytutu/Kierownik Katedry*

.....
Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku

Zgodnie z § 29 pkt. 12 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku proszę o wyrażenie zgody na zaliczenie mi studenckiej praktyki zawodowej w części/całości*. Termin studenckiej praktyki zawodowej przewidziany jest w semestrze(-ach).....o łącznej liczbie godzin.....

UZASADNIENIE

Zgodnie z § 29 pkt. 12 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku informuję, że praktyki zrealizowałem w swojej macierzystej uczelni

(wpisać nazwę, adres instytucji, placówki)

na kierunku kształcenia w liczbie godzin za które otrzymałem/am* punktów ECTS

Na dowód tego załączam i przedkładam następujące dokumenty:

1.
2.

Proszę o zajęcie stanowiska jak na wstępie.

.....
(data, czytelny podpis studenta)

AKADEMICKI OPIEKUN PRAKTYK:

Student przedłożył ww., dokumenty dotyczące ubiegania się o zaliczenie studenckiej praktyki zawodowej na podstawie cytowanego wyżej przepisu. Udzielił także ustnych informacji o charakterze zrealizowanej praktyki w swojej macierzystej uczelni. Powyższe wskazuje, że student osiągnął/nie osiągnął* zakładane efekty uczenia się.

Mając powyższe na względzie proszę Pana Dyrektora/Kierownika o wyrażenie/nie wyrażanie* zgody na zaliczenie/niezaliczenie* studentowi jako całości/części* studenckiej praktyki zawodowej.

.....
(data, podpis akademickiego opiekuna praktyk)

ZGODA DYREKTORA/KIEROWNIKA/OSOBY UPOWAŻNIONEJ: wyrażam zgodę* / nie wyrażam zgody*

.....
(data, podpis Dyrektora/Kierownika/osoby upoważnionej)

*odpowiednie podkreślić