

Słupsk, dnia.....

Nazwisko i imię
Numer albumu:.....
Kierunek:.....
Rok i semestr:
Specjalność:.....
Studia stacjonarne/ niestacjonarne/ b-learning*
Studia I stopnia/ II stopnia/ JSM*
Kontakt: e-mail/telefon.....
.....

Adnotacje BOSiD - podanie złożono w dniu

.....
.....
(podpis pracownika)

JM Rektor
Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku

.....
(tytuł naukowy, imię i nazwisko JM Rektora)

Zgodnie z § 29 pkt. 11 i § 41 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku, proszę o wyrażenie zgody na zmianę terminu realizacji studenckiej praktyki zawodowej z uwagi na niezrealizowanie jej w wyznaczonym terminie programem kształcenia w roku akademickim...../semestrze/semestrach* z uwagi na względy zdrowotne/ważne sprawy losowe*.

Praktykę zawodową zrealizuję w roku akademickim...../....., roku studiów....., semestrze/semestrach*

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

UZASADNIENIE

Zgodnie z § 29 pkt. 11 i § 41 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku informuję, że moja prośba o przesunięcie terminu praktyk wynika z tego, że.....

.....
(wpisać uzasadnienie potwierdzające względy zdrowotne lub ważne względy losowe)

Na dowód powyższego przedstawiam załączniki oryginały/kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem*:

1.
2.
3.

Wnoszę i proszę o zajęcie stanowiska jak na wstępie.

Jednocześnie jestem świadomy/a, że będę wpisany/a* warunkowo na następny semestr/rok* akademicki.

.....
(czytelny podpis studenta)

OPINIA AKADEMICKIEGO OPIEKUNA PRAKTYK:

Student/-ka zgodnie z programem kształcenia powinien zrealizować przewidzianą praktykę w roku akademickim....., semestrze....., w wymiarze godzin.

Uważam, że można/nie można* zmienić termin/u realizacji praktyki na termin wskazany przez studenta/kę.

.....
(podpis akademickiego opiekuna praktyk)

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

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

POSTANOWIENIE REKTORA:

.....
(data, podpis Rektora/Prorektora)

*odpowiednie podkreślić