|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Kraków, dnia ………….………r. |
| Imię i nazwisko studenta(-ki) – numer albumu  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Kierunek studiów  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Forma, stopień i rok studiów |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **dr hab. inż. Marek Tarnawski, prof. URK** |
|  | Pełnomocnik Dziekana ds. Praktyk na kierunku:  |

**Podanie**

**o zmianę terminu realizacji praktyki zawodowej**

 Zwracam się z prośbą o zmianę terminu realizacji przedmiotu Praktyka zawodowa. Proponowany przeze mnie termin realizacji to .............................................., łącznie ..... tygodnie obejmujący ........ godzin.

 Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na realizację Praktyki zawodowej w systemie nie ciągłym. Proponowane przeze mnie terminy realizacji to:

- od .......... do ........... - ........ godzin,

- od .......... do ........... - ........ godzin,

- od .......... do ........... - ........ godzin,

 łącznie ...... tygodnie obejmujący ........ godzin.

 Przebieg realizacji Praktyki zawodowej we wskazanym okresie nie będzie kolidował z innymi zajęciami dydaktycznymi.

Swoją prośbę uzasadniam: ..................................................................................................................

........................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Data |  | Podpis Studenta(-ki) |

**Decyzja Pełnomocnika Dziekana ds. praktyk:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | *podpis Pełnomocnika Dziekana ds. praktyk* |

**Z decyzją Pełnomocnika Dziekana ds. praktyk zapoznałem (am) się**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Data |  | Podpis Studenta(-ki) |