

Bydgoszcz,r.

.....
(imię i nazwisko Studenta/ki)

.....
(rok/semestr/nr albumu)

.....
(adres e-mail, nr tel.)

Sz. P.

(imię, nazwisko, stopień)

DZIEKAN kierunku

WSNoZ w Bydgoszczy, ul. Jagiellońska 4

PODANIE/ WNIOSEK

ZMIANA TERMINU ROZLICZENIA Z PRAKTYK

Zwracam się z uprzejmą prośbą o:

.....
.....

Prośbę/ wniosek uzasadniam:

(obligatoryjnie proszę podać: jakiego zakresu praktyk „podanie/wniosek” dotyczy; termin, do którego zostaną praktyki rozliczone oraz uzasadnienie zmiany terminu)

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

Załączniki: 1..... 2.....

.....

(podpis)

Wypełnia Dziekan:

Decyzja Dziekana: Wyrażam zgodę na zmianę terminu rozliczenia praktyk. Praktyki z semestru Student realizuje w semestrze....., rozlicza do końca wskazanego semestru, do dnia 20...roku. Pieczeńć i podpis	Decyzja Dziekana: Nie wyrażam zgody na zmianę terminu realizacji praktyk. Pieczeńć i podpis
Uzasadnienie (wymagane przy braku zgody)	