|  |  |
| --- | --- |
| *<Imię i nazwisko*  *kierunek, rodzaj i rok studiów*  *nr albumu*  *adres e-mail>* | Gliwice, *<dd.mm.rrrr>* |

Prodziekan ds. Ogólnych

*<tytuł naukowy, imię i nazwisko>*

**PODANIE O ZMIANĘ TERMINU ODBYCIA PRAKTYKI STUDENCKIEJ**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie czterotygodniowej praktyki studenckiej w terminie innym, niż przewidziano w planie studiów i Regulaminie Studiów. Planuję odbyć praktykę po …………… semestrze studiów, w terminie ……………………….

Zaproponowany termin odbycia praktyki nie koliduje z moimi pozostałymi obowiązkami na Uczelni,   
w szczególności z innymi zajęciami wynikającymi z planu studiów.

Uzasadnienie prośby:……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Opinia Opiekuna Praktyk Studenckich: