Gdańsk, dnia........................

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

(imię i nazwisko)

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

(rok i kierunek studiów)

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

(nr albumu)

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

(studia: stacjonarne / niestacjonarne, I stopnia / II stopnia/jednolite studia magisterskie

**Prodziekan ds. Studenckich**

**dr hab. Jacek Taraszkiewicz**

**profesor Uniwersytetu Gdańskiego**

**Podanie**

**o przeniesienie terminu realizacji praktyk**

W związku z obowiązkiem zaliczenia praktyk studenckich przewidzianych w ……………………semestrze

w roku akademickim ………………………… zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na przeniesienie terminu

realizacji praktyk na …………………….. semestr w roku akademickim………………………………

**Uzasadnienie podania :**

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

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

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

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

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

…………………

podpis studenta

Opinia opiekuna praktyk: Opinia Dyrektora Instytutu:

zgoda / brak zgody\* zgoda / brak zgody\*

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

Data, podpis Opiekuna Praktyk Data, pieczęć i podpis Dyrektora Instytutu

**Decyzja Prodziekana:**

zgoda / brak zgody

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

data (podpis Prodziekana)