Nazwisko i imię…………………. . Słupsk, dnia…………………

Numer albumu: …………………..

**Adnotacje Dziekanatu –** podanie złożono w dniu ………………………………….

…………………………………………..

 (podpis pracownika)

Kierunek: ………………………...

Rok i semestr: ……………………

Specjalność: ……………………..

Studia stacjonarne/niestacjonarne

Studia I stopnia/II stopnia

**Dziekan Wydziału**

………………………………………….

(nazwa wydziału)

………………………………………….

(tytuł naukowy, imię i nazwisko Dziekana)

Proszę o wyrażenie zgody na przesunięcie terminu realizacji praktyki. Praktykę miałem/am zrealizować w terminie od ……………… do ……………*.* Obecnie chcę przesunąć praktykę na inny termin tj. od ………………….... do ………………………

**UZASADNIENIE**

Zgodnie z § 28 pkt. 11 Regulaminu Studiów Akademii Pomorskiej w Słupsku informuję, że przesunięcie terminu praktyk wynika z tego, iż ……………………………………………………….

 (wpisać uzasadnienie)

 ……………………………………………….

 (czytelny podpis studenta)

**OPINIA OPIEKUNA PRAKTYK:**

*Student/-ka w planie studiów ma przewidzianą praktykę …………………………… w wymiarze ……… godzin.*

*Uważam, że można mu przesunąć termin ponieważ …………………………………………………………………..*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………*

……………………………………………….

 ( podpis pracownika )

 (podpis opiekuna praktyk/wykładowcy)

**OPINIA DZIEKANA WYDZIAŁU:**