Słupsk, dnia………………….

Nazwisko i imię ………………………

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

……………………………………………………...

 (podpis pracownika)

Numer albumu: ……………………….

Kierunek: ……………………………..

Rok i semestr: …………………………

Studia stacjonarne/niestacjonarne

Studia I stopnia/II stopnia/JSM

**Rektor Akademii Pomorskiej w Słupsku**

………………………………………………………….….

(tytuł naukowy, imię i nazwisko Rektora)

Proszę o wyrażenie zgody na przesunięcie terminu realizacji praktyki w bieżącym semestrze. Praktykę miałem/am zrealizować w terminie ………………………………………………………….

Obecnie chcę przesunąć praktykę na inny termin tj. ……………………………………………………….

**UZASADNIENIE**

Zgodnie z § 29 pkt. 10 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 ma przewidzianą praktykę w terminie ……………………………………………*

*Uważam, że można zmienić termin realizacji praktyki na wskazany przez studenta/kę.*

 …………………………………………….

 (podpis opiekuna praktyk)

**POSTANOWIENIE REKTORA:**