Starogard Gd. ............................

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

Imię i nazwisko

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

Nr albumu

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

semestr grupa

**Do Prorektora**

**Pomorskiej Szkoły Wyższej**

**z siedzibą w Starogardzie Gdańskim**

Uprzejmie proszę o zaliczenie praktyki zawodowej. Prośbę swą motywuję tym, iż:

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

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

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

Dokumentem potwierdzającym odbycie praktyki jest:

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

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

podpis

**Decyzja Prorektora:**

*zgoda / brak zgody*

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

data podpis Prorektora

**Opinia Opiekuna praktyk zawodowych:**

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

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

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

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

………………………………………..  
 podpis Opiekuna praktyk zawodowych