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