



Starogard Gd., dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Nr albumu

.....
Kierunek studiów i specjalność

.....

Semestr

grupa

Kierownik Jednostki Dydaktycznej*

.....

**Pomorskiej Szkoły Wyższej
z siedzibą w Starogardzie Gdańskim**

PODANIE O PRZEŁOŻENIE TERMINU PRAKTYK STUDENCKICH

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na przełożenie terminu praktyk na kolejny semestr, tj. na semestr w roku akademickim

Prośbę swoją motywuję tym, iż:

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

.....
podpis





Decyzja Kierownika Jednostki Dydaktycznej:

zgoda / brak zgody

.....

Data

.....

podpis Kierownika
Jednostki Dydaktycznej

* odpowiednio Dziekana w przypadku kierunków realizowanych na wydziale, Dyrektora Instytutu w przypadku kierunków realizowanych w Instytucie, wpisać odpowiedni (Instytut Bezpieczeństwa i Administracji; Instytut Zarządzania, Ekonomii i Logistyki; Instytut Pedagogiki i Psychologii).

