

Załącznik 5.

....., dnia

Imię i nazwisko:

Nr albumu:

Kierunek studiów:

Forma studiów:

Profil: praktyczny

Poziom studiów:

Rok studiów/ semestr:/.....

Kierownik Jednostki Dydaktycznej*

.....

Pomorskiej Szkoły Wyższej z siedzibą w Starogardzie Gdańskim

PODANIE O PRZESUNIĘCIE TERMINU REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody przesunięcie terminu realizacji terminu zaliczania praktyk zawodowych na semestr roku akademickiego

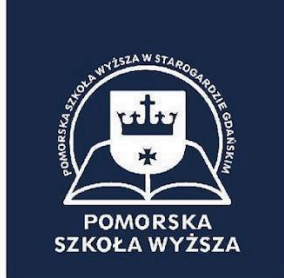
Prośbę swoją motywuję tym, że:

.....

.....

.....

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).

