Szczecin, dnia………………………

………………………………………………………

 (Imię i nazwisko studenta/ki)

………………………………………………………

 (Instytut)

………………………………………………………

 (Kierunek i rok studiów)

……………………………………………………….

 (Specjalność/specjalizacja)

……………………………………………………….

……………………………………………………….

 (Adres zamieszkania)

 **Prodziekan ds. Studenckich**

 **Dr Michał Romańczuk**

Uprzejmie proszę o zgodę na ……………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

w: ………………………….....................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 (nazwa i adres instytucji)

Opinia opiekuna praktyk z ramienia Uniwersytetu Szczecińskiego:

Wyrażam zgodę na przyśpieszenie terminu odbywania praktyki studenckiej, pod warunkiem że odbywanie praktyk nie będzie kolidować z uczestnictwem w zajęciach. ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

 (podpis opiekuna praktyk)

Decyzja: .........................................................................

 (podpis Prodziekana ds. Studenckich)

\*Niepotrzebne skreślić