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