

Słupsk, dnia.....

Nazwisko i imię
Numer albumu:.....
Kierunek:.....
Rok i semestr:.....
Specjalność:.....
Studia stacjonarne/ niestacjonarne/ b-learning*
Studia I stopnia/ II stopnia/ JSM*
Kontakt: adres e-mail/telefon.....
.....

Adnotacje - podanie złożono w dniu:
.....
.....
(podpis pracownika)

Dyrektor Instytutu Zarządzania
Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku

Zgodnie z § 29 pkt. 9 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku proszę o wyrażenie zgody na zaliczenie mi studenckiej praktyki zawodowej w części/całości*. Termin studenckiej praktyki zawodowej przewidziany jest w roku akademickim w semestrze

UZASADNIENIE

Zgodnie z § 29 pkt. 9 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku informuję, że wykonuję/wykonywałem* pracę zawodową*, działalność gospodarczą*, działalność wolontarystyczną*, odbyłem staż*, odbyłem przeszkolenie* zgodnie z kierunkiem studiów w

.....
.....

(wpisać nazwę, adres instytucji, placówki)

Na dowód tego przedkładam następujące dokumenty: prośbę oraz:

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

Wnoszę i proszę o zajęcie stanowiska jak na wstępie.

.....
(data, czytelny podpis studenta)

OPINIA AKADEMICKIEGO OPIEKUNA PRAKTYK:

Student ma przewidzianą studencką praktykę zawodową w ilości godzin.

Na podstawie uzyskanych informacji, dokumentów i formalnego zweryfikowania przez akademickiego opiekuna praktyk możliwości osiągnięcia przez studenta efektów uczenia się w danym miejscu lub na danym stanowisku pracy, zgodnie z wytycznymi zawartymi w obowiązującym regulaminie praktyk jak na wstępie, wnioskuję do Pana Dyrektora o zaliczenie/nie zaliczenie* studentowi na poczet realizacji studenckiej praktyki zawodowej w całości/części* jego pracy zawodowej, działalności gospodarczej, działalności wolontarystycznej, zrealizowanego stażu, przeszkolenia* w jednostce/instytucji/placówce/organizacji*.

*odpowiednie podkreślić

.....
(podpis Akademickiego Opiekuna Praktyk)

DECYZJA DYREKTORA/ OSOBY UPOWAŻNIONEJ: wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody

Data, podpis Dyrektora/ Osoby upoważnionej: