Słupsk, dnia………………….

Nazwisko i imię ………………………

Numer albumu: ……………………….

Kierunek: ……………………………..

Rok i semestr: …………………………

Specjalność: …………………………..

Studia stacjonarne/niestacjonarne

Studia I stopnia/II stopnia/JSM

**Dyrektor**

**Instytutu Nauk Ścisłych i Technicznych**

………………………………………………………

Proszę o wyrażenie zgody na zaliczenie mi praktyki zawodowej w części/całości. Praktykę zawodową będę realizował/a w roku akademickim ………….., w semestrze ……………….

**UZASADNIENIE**

Zgodnie z § 29 pkt. 9 Regulaminu Studiów Akademii Pomorskiej w Słupsku informuję, że wykonuję pracę zawodową, związaną z kierunkiem studiów/zrealizowałem/am praktykę w ………………………………………………………………………………..…………………

*(wpisać nazwę instytucji, placówki).*

Załączam odpowiedni/-e dokumenty:

*-* …………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………….

 (czytelny podpis studenta)

**OPINIA OPIEKUNA PRAKTYK:**

*Student/-ka ma przewidzianą praktykę zawodową …………………………… w wymiarze ……… godzin. Uważam, że można mu/jej zaliczyć realizację praktyki w całości/części, ponieważ dostarczył/a udokumentowaną opinię jednostki/instytucji/placówki\*, w której wykonuje pracę zawodową/zrealizował/a praktykę.*

……………………………………………

 (podpis opiekuna praktyki)

**POSTANOWIENIE DYREKTORA:**