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 studenckiej praktyki zawodowej w części/całości\*. Termin studenckiej praktyki zawodowej przewidziany jest w semestrze ……..o łącznej liczbie godzin……………

**UZASADNIENIE**

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

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

*(wpisać nazwę i adres instytucji, placówki).*

Na dowód tego załączam i przedkładam następujące dokumenty:

1. ………………………………………………………………………………………………

2. ………………………………………………………..……………………………………..

3. ………………………………………………………..…………………………………….

4. ………………………………………………………………………………………………

Proszę o zajęcie stanowiska jak na wstępie.

……………………………

*(data, czytelny podpis studenta)*

AKADEMICKI OPIEKUN PRAKTYK:

Student przedłożył ww., dokumenty dotyczące ubiegania się o zaliczenie studenckiej praktyki zawodowej na podstawie cytowanego wyżej przepisu. Udzielił także ustnych informacji o charakterze zatrudnienia. Powyższe wskazuje, że student osiągnął/nie osiągnął\* zakładane efekty uczenia się w ramach wykonywanej pracy, na zajmowanym stanowisku, w jego miejscu zatrudnienia na potrzeby studenckiej praktyki zawodowej. Mając powyższe na względzie proszę Pana Dyrektora o wyrażenie/nie wyrażanie\* zgody na zaliczenie/niezaliczenie\* studentowi jako całości/części\* studenckiej praktyki zawodowej w ramach wymienionej placówki.

…………………………………………………

(data, podpis akademickiego opiekuna praktyk)

ZGODA DYREKTORA/: wyrażam zgodę\* / nie wyrażam zgody\*

………………………………………………..

(data, podpis Dyrektora/Kierownika/osoby upoważnionej)

\*odpowiednie podkreślić