Poznań, dnia ……………………..

……………………………………….

(imię i nazwisko Studenta)

……………………………………….

(numer indeksu)

……………………………………….

(Kierunek studiów)

……………………………………….

(semestr)

Sz. P.

**(tytuł, imię i nazwisko Prodziekana)**

Prodziekan ds. kształcenia

**(tytuł, imię i nazwisko Opiekuna Praktyk)**

Opiekun Praktyk

**Podanie o zmianę terminu odbycia praktyk**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Prośba o wyrażenie zgody na realizację praktyk w okresie trwania zajęć dydaktycznych semestru, do którego są przypisane praktyki. |
|  | Prośba o wyrażenie zgody na odbycie praktyk w innym semestrze niż semestr wskazany w planie studiów. |

**Uzasadnienie prośby:**

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

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

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

**Harmonogram realizacji praktyk[[1]](#footnote-1):**

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

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

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

**Oświadczam, że na okres realizacji praktyk posiadam ubezpieczenie obejmujące następstwa nieszczęśliwych wypadów (NNW) oraz odpowiedzialność cywilną (OC).**

*…………………………………*

*Data i podpis Studenta*

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

*Decyzja Prodziekana lub Opiekuna Praktyk*

*……………………………………………….*

*Podpis Prodziekana ds.* kształcenia lub Opiekuna Praktyk

1. Harmonogram jest niezbędny, gdy praktyka będzie realizowana w okresie trwania zajęć dydaktycznych. Praktyka nie może pokrywać się z zaplanowanymi i realizowanymi zajęciami dydaktycznymi. [↑](#footnote-ref-1)