

Kraków,

.....
(imię/imiona, nazwisko doktoranta)

Nr albumu.....

Rok studiów.....

Dyscyplina naukowa

.....
(tytuł naukowy/stopień naukowy, imię i nazwisko)

Dyrektor Instytutu.....

Akademii Ignatianum w Krakowie

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na przeprowadzenie zajęć wskazanych w tabeli,
w ramach obowiązkowej praktyki na studiach III stopnia doktoranckich w dyscyplinie

Data	Nazwa przedmiotu	Forma przedmiotu (wykład, ćwiczenia, seminarium)	Dyscyplina/tryb	Ilość godzin

.....
(data i podpis doktoranta)

Akceptacja Opiekuna naukowego

Wyrażam zgodę – TAK / NIE*

.....
(data i podpis opiekuna naukowego)

.....
(data i podpis prowadzącego zajęcia)

Decyzja Dyrektora Instytutu:

.....
(data, pieczęć i podpis Dyrektora Instytutu)

*) niepotrzebne skreślić