……..
Imię i Nazwisko

Numer albumu: **……**

……..
Kierunek / zakres

Rok /semestr:**……..…...**

mgr Małgorzata Alberska
Kierownik Praktyk Studenckich
Wydział Pedagogiczny UIK

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na organizację praktyki ……

……*(nazwa praktyki)* **w …….. semestrze studiów we własnym zakresie.**

UZASADNIENIE:

……

……

……

……

……

……
Podpis studentki/studenta

Kraków, dnia: ……

DECYZJA:

……..

……

podpis kierownika praktyk