

Słupsk, dnia.....

Nazwisko i imię
Numer albumu:.....
Kierunek:.....
Rok studiów/semestr:
Specjalność:.....
Studia stacjonarne/ niestacjonarne/ e-learning (BLS)*
Studia I stopnia/ II stopnia/ JSM*.....
Kontakt: adres do korespondencji, telefon i e-mail.....
.....

Adnotacje - podanie złożono w dniu (podpis pracownika)

**Dyrektor Instytutu Bezpieczeństwa i Zarządzania
Akademii Pomorskiej w Słupsku**

Zgodnie z § 29 pkt. 9 Regulaminu Studiów Akademii Pomorskiej w Słupsku proszę o wyrażenie zgody na zaliczenie mi studenckiej praktyki zawodowej w części/całości*. Termin studenckiej praktyki zawodowej przewidziany jest w semestrze(-ach).....o łącznej liczbie godzin.....

UZASADNIENIE

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

(wpisać nazwę, 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/OSOBY UPOWAŻNIONEJ: wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

.....
(data, podpis Dyrektora/osoby upoważnionej)

*odpowiednie podkreślić