Wniosek został złożony w dziekanacie:

(data, podpis i pieczątka pracownika dziekanatu przyjmującego wniosek)

Katowice, dnia .....

Nazwisko i imię : .....

Nr albumu : .....

Kierunek studiów : .....

Specjalność : .....

Rok studiów : .....

Telefon/E-mail: : .....

Adres do korespondencji : .....

Dziekan
Wydziału Nauk o Zdrowiu
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego
w Katowicach

WNIOSEK O PRZEDŁUŻENIE TERMINU REALIZACJI STUDENCKICH PRAKTYK ZAWODOWYCH

Zwracam się z prośbą o przedłużenie terminu realizacji studenckich praktyk zawodowych, z przedmiotu ....
w terminie do dnia .....

UZASADNIENIE:

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

podpis studenta/ studentki

Opinia Kierownika studenckich praktyk zawodowych:

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

Data i podpis Kierownika

Decyzja Dziekana
Na podstawie złożonego wniosku **przedłużam / nie przedłużam** * termin(u) realizacji studenckich praktyk zawodowych do dnia .....

Data i podpis Dziekana

* niepotrzebne skreślić