*/miejscowość, data/*

*/Imię i nazwisko/*

*/telefon kontaktowy/*

*/kierunek studiów, specjalność, grupa /*

*studia stacjonarne\* / niestacjonarne\**

*/tryb studiów/*

*nr albumu*

**Dziekan Wydziału Nauk Społecznych**

**Uniwersytetu Zielonogórskiego**

**Podanie o przesunięcie terminu odbycia praktyki**

Proszę o wyrażenie zgody na przesunięcie terminu odbycia praktyki (*nazwa praktyki*)

 w wymiarze godzin.

**Uzasadnienie**

**Przewidywany termin odbycia/zakończenia praktyki**

*czytelny podpis studenta*

**Akceptacja koordynatora praktyki**

*podpis koordynatora*

**Decyzja Dziekana:**

Zgadzam/nie zgadzam\* się na przesunięcie terminu odbycia praktyki.

*data podpis i pieczęć Dziekana*