|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko studenta: rok/stopień studiów: nr albumu: adres: nr telefonu: e-mail:  | Szczecin, dnia … |
|  | Prof. dr hab. Katarzyna M. Kavetska pełnomocnik dziekana ds. praktyk zawodowych na kierunku kynologiaWBiHZ ZUT w Szczecinie |

Bardzo proszę o wyrażenie zgody na wcześniejsze/późniejsze odbycie praktyki zawodowej, tj. w semestrze …..../w okresie wakacji po semestrze …....

Jednocześnie oświadczam, że w przypadku wyrażenia zgody, termin odbywania praktyki nie będzie kolidował z moimi zajęciami dydaktycznymi.

Planowany wcześniej termin praktyki zawodowej:

Obecny termin praktyki zawodowej:

Przyczyna zmiany terminu odbywania praktyki:

|  |  |
| --- | --- |
| Wyrażam zgodę | podpis studenta |