|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 kynologia  WBiHZ 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 |