

Załącznik nr 6 do Regulaminu  
Studenckich Praktyk Zawodowych

....., dnia.....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Kierunek i rok studiów

.....  
nr telefonu

**JM Rektor**  
**ANS w Walczu**

Zwracam się z prośbą o przesunięcie terminu realizacji praktyk, wynikającego z kierunkowego regulaminu praktyk.

Uzasadnienie z podaniem nowego terminu realizacji praktyki:

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

.....  
Podpis wnioskodawcy

Opinia Kierunkowego Opiekuna Praktyk

.....  
.....

.....  
Podpis Kierunkowego Opiekuna Praktyk

Decyzja Rektora

.....  
.....

.....  
Podpis Rektora