

WYŻSZA SZKOŁA INŻYNIERII I ZDROWIA W WARSZAWIE

Warszawa, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
numer telefonu komórkowego

.....
kierunek/ścieżka kształcenia

.....
semestr/grupa

stacjonarne/niestacjonarne*
forma studiów

.....
nr albumu

**Do Rektora WSIiZ
dra n. chem. Sebastiana Grzyba**

WNIOSEK

W związku z brakiem realizacji studenckiej praktyki zawodowej w wymiarze: do dnia
proszę o wyrażenie zgody na realizację ww. wymiaru do końca kolejnego semestru studiów.

Uzasadnienie:

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

Z poważaniem

.....

DECYZJA REKTORA:

<i>Wyrażam zgodę. Termin uzupełnienia zaległości do dnia:.....</i>		
	data	pieczęć i podpis osoby upoważnionej
<i>Nie wyrażam zgody</i>		
	data	pieczęć i podpis osoby upoważnionej

*niepotrzebne skreślić