

Warszawa, dniar.

Imię i nazwisko studenta/-tki:
Numer albumu:
Forma studiów: **stacjonarne/niestacjonarne*** Poziom studiów: **pierwszy/drugi*** stopień
Rok studiów(1-3)/semestr(1-6):/
Semestr, którego dotyczy praktyka:
Telefon kontaktowy:.....
E-mail:.....

Dyrektor Szkoły Języków Obcych

Dotyczy: Praktyk zawodowych
Kierunek:

- Filologia angielska;**
- Filologia hiszpańska;**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na zaliczenie obowiązkowych praktyk na podstawie pracy zawodowej/aktywności w:

.....
(nazwa i adres Zakładu Pracy)

.....
podpis studenta

Decyzja Kierunkowego Opiekuna Zawodowych Praktyk Studenckich (Uczelnianego)

Zaliczam/Nie zaliczam*

Semestr (liczba godzin) ocena (skala 2,0 – 5,0):
(cyfrowo) (słownie)

.....
data i podpis Kierunkowego Opiekuna Zawodowych Praktyk Studenckich

UWAGI:

***niewłaściwe skreślić**