

Warszawa, dnia .....r.

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

## Dziekan Wydziału Turystyki i Rekreacji

Dotyczy: Praktyk zawodowych

Kierunek:

- Turystyka i Rekreacja:** nazwa realizowanej praktyki **ogólna/specjalnościowa\***
- Dietetyka** .....  
(nazwa realizowanej praktyki oraz semestr, którego dotyczy)
- Coaching Stylu Życia** .....  
(semestr, którego dotyczy praktyka)

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**