**Wydział Teologiczny Uniwersytetu Szczecińskiego**

**..................................................................**

|  |
| --- |
| **Podanie złożone dn. …………………………….**  **Nr ewid. WTA/…………………/20... r.** |

(Nazwisko i imię studenta)

**..................................................................**

(Adres do korespondencji)

**..................................................................**

(Nr telefonu, adres e-mail)

**.................................................................. OPIEKUN PRAKTYK**

(Rok studiów/semestr) **Wydziału Teologicznego  
 Uniwersytetu Szczecińskiego**

**..................................................................**

(Nr albumu) **………………………………………………**

# PODANIE

**Proszę o wyrażenie zgody na zmianę terminu odbywania praktyki (zawodowej/pedagogicznej٭). Praktykę chciałbym(chciałabym) odbyć w okresie ………………………………………………………………**

٭niewłaściwe skreślić

**Uzasadnienie:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***…………………………………….***

*podpis studenta*

*Załączniki:*

*1.* **………………………………………**

*2.* **………………………………………**

Na podstawie § 32 Regulaminu studiów Uniwersytetu Szczecińskiego stanowiącego załącznik do uchwały nr 95/2019 Senatu Uniwersytetu Szczecińskiego z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie uchwalenia Regulaminu Studiów w Uniwersytecie Szczecińskiego **wyrażam / nie wyrażam** zgod(ę)y na zmianę terminu odbywania praktyki (zawodowej/pedagogicznej).

Data …………………………………… Podpis Dziekan/Prodziekana……………………………………………