**Załącznik 1**do procedury realizacji i rozliczania praktyk programowych na WTiICh ZUT

Szczecin, dnia ...............................................

(Imię i nazwisko)

(Kierunek, rok i semestr studiów)

(Numer albumu)

(e-mail)

**Pełnomocnik Dziekana**

**ds. praktyk zawodowych**

**WTiICH ZUT w Szczecinie**

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na realizację przeze mnie praktyki zawodowej w:

(Nazwa i adres zakładu pracy, nr telefonu)

Moją prośbę motywuję:

(podpis studenta)

Decyzja Pełnomocnika Dziekana ds. praktyk zawodowych:

(podpis pełnomocnika dziekana ds. praktyk)