…………………………………………………………

*/Imię i nazwisko/*  Wrocław, dnia ……………………………………

…………………………………………………………

*/Kierunek i stopień studiów/*

…………………………………………………………

*/Nr albumu/*

…………………………………………………………

*/Nr telefonu/adres mailowy/*

Pani

dr Joanna Łubocka

Prodziekan ds. studenckich

Wydziału Nauk Biologicznych UWr

Uprzejmie proszę o wyrażenie zgody na realizację praktyki nieobjętej programem kształcenia w ….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… .

*/Pełna nazwa i adres jednostki przyjmującej/*

W okresie od ……………………………………………………… do ……………………………………………………………. .

Uzasadnienie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Oświadczam, że realizacja ww. praktyka nie będzie kolidowała z wypełnianiem obowiązków wynikających z toku studiów.

Z poważaniem

………………………………………….........

*/Podpis studenta/*