

....., dnia .....

Imię i Nazwisko : .....

Nr albumu : .....

Kierunek : .....

Rok studiów : .....

Adres e-mail : .....

Rektor  
Uczelni ASBIRO  
dr Elżbieta Marciniak

***Podanie o przełożenie terminu zawodowych praktyk  
kierunkowych .... / specjalnościowych....***

Zwracam się z prośbą przełożenia terminu zawodowych praktyk kierunkowych w semestrze ..... w roku  
akademickim ..... na semestr ..... w roku akademickim .....

Uzasadnienie:

.....  
.....

Ja niżej podpisany/a zostałem/am poinformowany/a o:

1. o obowiązku odebrania decyzji Rektora w wyżej wymienionej sprawie poprzez pocztę elektroniczną w ciągu 14 dni od daty jej wydania.
2. obowiązku dotrzymania terminu wymienionego w decyzji Rektora

.....  
*podpis studenta*

**Decyzja Rektora**

..... na przełożenie terminu realizacji zawodowych praktyk.

Łódź, dnia .....

.....

*podpis Rektora*

Do wiadomości:

1. Rektorat Uczelni ASBIRO
2. Informacja o decyzji przesłana na wskazany adres e-mail