

Gdynia, dnia ...................................

|  |
| --- |
| imię i nazwisko numer albumu |
| Semestr, kierunek, poziom i forma studiów1 |
| **Dziekan Wydziału Zdrowia**  **Wyższej Szkoły Administracji i Biznesu**  **im. E. Kwiatkowskiego w Gdyni** |

WNIOSEK

**o zaliczenie praktyki studenckiej na podstawie doświadczenia zawodowego**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o zaliczenie praktyki studenckiej w wymiarze

……………… (*podać liczbę godzin*) na podstawie przedłożonych dokumentów.

Uzasadnienie wniosku:

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

W załączeniu:

1. ..................................................................................................................................................

2. ...................................................................................................................................................

3. ...................................................................................................................................................

4. ...................................................................................................................................................

5. ...................................................................................................................................................

Uwagi dziekanatu:

Podpis studenta

......................................................................................................................................................................

Dziekanat

Finanse: ...................................................................................................................................................................

Uwagi opiekuna praktyk:

Dział finansowy

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

***Decyzja Dziekana:***

Opiekun praktyk

............................................................................................................... ......................................................................

.....................................................................................................................................................................................

............................................................................................................. ........................................................................

Gdynia, dnia ..................................................

Podpis i pieczątka Dziekana

1 Studia I lub II stopnia w formie stacjonarnej lub niestacjonarnej