UNIWERSYTET JANA KOCHANOWSKIEGO W KIELCACH  Wydział Sztuki

Kielce, dnia ……………..……………..

 imię i nazwisko: ………………………………………………………..

 kierunek: ……………..…………………………………………

 stacjonarne/niestacjonarne\*

 rok: …………….…….. stopień: …………….………..

 numer albumu: ……………………………………………………..…

 adres: ………………………………………………….…….

 ………………………………………………...……..

 telefon / e-mail: ………………………………………………………..

 ***Dziekan***

 ***Wydziału Sztuki***

 ***UJK w Kielcach***

***Dotyczy****: wyrażenia zgody na zmianę terminu odbycia praktyk*

Zwracam się z prośbą o zmianę terminu odbywania praktyki w ramach przedmiotu ………………………………………………………………………………………… z zaliczeniem do dnia ………………………………………………………………….:

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

…………………………………

*podpis studenta*

*Decyzja Dziekana:*

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na terminu odbywania praktyki zawodowej w ramach przedmiotu………………………………….………………………. z zaliczeniem do dnia …………………………………….

…………………………………

*data i podpis Dziekana*

*\*niepotrzebne skreślić*