................................................................... *Gliwice, dnia* ...............................

#  Imię i nazwisko studenta

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

#  Adres zamieszkania

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

#  Rok akad. Rok studiów

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

#  Kierunek / Specjalność Nr albumu

**Pełnomocnik Rektora ds. Studenckich**

**dr inż. Sergiusz Boron**

**PODANIE O ZMIANĘ TERMINU PRAKTYKI**

Miejsce odbywania praktyki: …………………………………………………………………………………………….………………………...

Programowy termin praktyki: …………………………………………………………………………………….

Zmieniony termin praktyki: ……………………………………………………………………………………….

Przyczyna zmiany terminu: ……………………………………………………...……………………………….

……………………………………………………………………………………………………..………………..

……………………………………………………………………………………….………………………………

 ……………………………….

 podpis studenta

**Akceptacja:**

1. Opiekuna praktyk na specjalności
2. Wydziałowego opiekuna praktyk
3. Pełnomocnika Rektora ds. Studenckich