Biuro Obsługi Spraw
Studenckich i Doktoranckich

Nazwisko i imię .....

Numer albumu .....

Kierunek .....

Rok i semestr .....

* Studia niestacjonarne

* Studia II stopnia

Słupsk, dnia .....

Adnotacje BOSSiD – podanie złożono w dniu .....

.....

(podpis pracownika)

Rektor Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku

dr hab. inż. Zbigniew OSADOWSKI, prof. UP

(tytuł naukowy, imię i nazwisko Rektora)

Proszę o wyrażenie zgody na powtarzanie praktyki zawodowej * w wymiarze ..... godzin.

UZASADNIENIE

Zgodnie z § 38 ust. 1 pkt. 1 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku informuję, że do zaliczenia zajęć brakuje mi ..... punktów ECTS. Praktykę zawodową * chcę powtórzyć, ponieważ dzięki temu osiągnę założone efekty uczenia się.

.....

(czytelny podpis studenta)

OPINIA OPIEKUNA PRAKTYK:

Student powinien powtórzyć praktykę zawodową * .....

.....

(można ewentualnie wpisać rodzaj praktyk / ćwiczeń terenowych)

w semestrze ..... roku akademickiego .....

.....

(podpis opiekuna praktyk / ćwiczeń terenowych)

POSTANOWIENIE REKTORA:

.....

.....

.....

.....

** wybrać właściwe*