

WYŻSZA SZKOŁA INŻYNIERII I ZDROWIA W WARSZAWIE

Warszawa, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
numer telefonu komórkowego

.....
kierunek/ścieżka kształcenia

.....
semestr/grupa

stacjonarne/niestacjonarne*
forma studiów

.....
nr albumu

**Do Rektora WSiIZ
dra n. chem. Sebastiana Grzyba**

WNIOSK

W związku z brakiem realizacji studenckiej praktyki zawodowej w wymiarze: do dnia
proszę o wyrażenie zgody na realizację ww. wymiaru do końca kolejnego semestru studiów.

Uzasadnienie:

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

Z poważaniem

.....

DECYZJA REKTORA:

Wyrażam zgodę. Termin uzupełnienia zaległości do dnia:.....		
	data	pieczęćka i podpis osoby upoważnionej
Nie wyrażam zgody.		
	data	pieczęćka i podpis osoby upoważnionej

O decyzji Rektora należy dowiedzieć się osobiście lub telefonicznie.

*niepotrzebne skreślić