

Łódź dnia,

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Numer albumu)

.....
(Semestr nauki)

.....
(Rodzaj studiów)

**Rektor Wyższej Szkoły Kosmetyki i Nauk
o Zdrowiu w Łodzi
dr n med. Małgorzata Berner-Rutkowska**

PODANIE O ZALICZENIE PRAKTYK ZAWODOWYCH

Informuję, że w okresie: od do odbyłam(łem)
praktyki zawodowe* w:

.....
(adres i nazwa podmiotu)

pracowałam(łem) / pracuję* w:

.....
(adres i nazwa podmiotu - pracodawcy)

jako

.....
(wykonywane / zajmowane stanowisko)

Na dowód załączam kopię

.....
nazwa dokumentu

Z uwagi na powyższe zgodnie z § 3 pkt 1 1-3 Regulaminu praktyk studenckich WSKiNoZ, uprzejmie proszę o zaliczenia przedmiotu „Praktyki zawodowe” w semestrze

.....
(Podpis studenta)

DECYZJA REKTORA

Praktyki zawodowe:

**ZALICZAM
NIE ZALICZAM***

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis Rektora)

Powód niezaliczenia praktyk:

* - niepotrzebne skreślić