*Załącznik nr 5*

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

Imię i nazwisko

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

numer albumu

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

semestr nauki

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

rodzaj studiów

***Rektor***

***Wyższej Szkoły Kosmetyki i Nauk o Zdrowiu
 w Łodzi***

***dr n. chem. Katarzyna Bujnicka***

**PODANIE O ZALICZENIE PRAKTYK ZAWODOWYCH**

Informuję, że w okresie: od …............................................ do …......................................................

pracowałam (łem) / pracuję/inne\*) w: ...................................................................................................

adres i nazwa podmiotu - pracodawcy

jako ............................................................................................................................................................

wykonywane / zajmowane stanowisko

Na dowód załączam kopię ........................................................................................................................

nazwa dokumentu

Z uwagi na powyższe zgodnie z § 3 pkt 6-9 Regulaminu praktyk studenckich w 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 nie zaliczenia praktyk: …...............................................................................................................

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

\*) - niepotrzebne skreślić