

.....
IMIĘ I NAZWISKO

.....
NUMER ALBUMU

KATOWICE, DNIA 20..... r.

STUDIA: PIERWSZEGO STOPNIA / DRUGIEGO STOPNIA /
NIESTACJONARNA JEDNOLITE STUDIA MAGISTERSKIE

FORMA: STACJONARNA /

ROK STUDIÓW: I II III IV V

SEMESTR: I II III IV V VI VII VIII IX X

KIERUNEK:

TEL.KONTAKT:

ADRES E-MAIL:

.....

**REKTOR
UCZELNI METROPOLITALNEJ
W KATOWICACH**

P O D A N I E

ZWRACAM SIĘ Z PROŚBĄ O WYRAŻENIE ZGODY NA:

PRZENIESIENIE PRAKTYKI Z SEMESTRU NA SEMESTR W ROKU AKAD.

.....

UZASADNIENIE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PODPIS STUDENTA

DECYZJA REKTORA

.....