………………………………..…………… Warszawa, dnia ………………….

(imię i nazwisko studenta)

………………………………………………….

(numer albumu)

………………………………………………….

(kierunek studiów)

…………………………..……………………..

(tryb studiów)

Sz.P. Dr inż. Sabina Galus

Koordynator ds. praktyk

Wydział Technologii Żywności

SGGW w Warszawie

PODANIE

Proszę o wyrażenie zgody na inny niż przyjęty w regulaminie praktyk sposób i tryb odbywania praktyki zawodowej. Prośbę swoją motywuję posiadniem orzeczenia lekarskiego poświdczającego niepełnosprawność.

Do podania załączam zaświadczenie od lekarza o niepełnosprawności.

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

(podpis studenta)

DECYZJA KOORDYNATORA ds. PRAKTYK

A. Wyrażam zgodę na sposób i tryb odbywania praktyki zawodowej polegający na ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

(data i podpis Koordynatora ds. praktyk)

B. Nie wyrażam zgody.

Uzasadnienie:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………