

Nazwisko i imię
Numer albumu
Kierunek
Rok i semestr

Słupsk, dnia

*

*

Rektor Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku

dr hab. inż. Zbigniew OSADOWSKI, prof. UP

(tytuł naukowy, imię i nazwisko Rektora)

Proszę o wyrażenie zgody na przesunięcie terminu realizacji * z semestru
* roku akademickiego na semestr * roku akademickiego
Zwracam się też z prośbą o warunkowy wpis na * studiów tj.

UZASADNIENIE

Zgodnie z § 41 Regulaminu Studiów Uniwersytetu Pomorskiego w Słupsku informuję, że przesunięcie
* wynika z tego, iż w bieżącym roku akademickim nie mogłem/am zrealizować
praktyki ponieważ

Załączam odpowiednie zaświadczenie potwierdzające zaistniałą okoliczność/sytuację. Jednocześnie jestem
świadomy/a, że będę wpisany/a warunkowo na następny rok akademicki.

W przypadku realizacji praktyki zawodowej we wcześniejszym terminie niż przewiduje program jestem
świadomy, że zaliczenia praktyki nastąpi zgodnie z programem studiów.

.....
(czytelny podpis studenta)

OPINIA OPIEKUNA:

Uważam, że zajęcia * w wymiarze godzin z semestru *
roku akademickiego mogą zostać zrealizowane w semestrze * roku akademickiego

.....
(podpis opiekuna)

POSTANOWIENIE REKTORA:

* wybrać właściwe