

.....
(imię i nazwisko)

Kraków, dnia

.....
(grupa, kierunek studiów)

studia licencjackie/magisterskie*

**Opiekun praktyk ds. kierunku kosmetologia
dr Joanna Płocica**

Zwracam się z prośbą o zaliczenie praktyk zawodowych na podstawie paragrafu 5,
ust. 5 i 6 Regulaminu Praktyk Zawodowych.

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

.....
(własnoręczny podpis)

Decyzja opiekuna praktyk:

Wyrażam zgodę/ Nie wyrażam zgody z powodu.....

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

Kraków, dnia

*niepotrzebne skreślić