

Łódź, dn.

.....
imię i nazwisko

Wydział Zarządzania UŁ

Kierunek:

Studia stacjonarne/niestacjonarne* I stopnia

.....
rok studiów

.....
nr albumu

DOTYCZY ZALICZENIA PRAKTYK WE WCZEŚNIEJSZYM TERMINIE / ZALICZENIA PRAKTYK WCZEŚNIEJ ZREALIZOWANYCH

Zwracam się z prośbą o zaliczenie praktyk zawodowych odbytych w terminie

.....

.....
podpis studenta/-ki

Opinia opiekuna

.....

.....
data i podpis opiekuna