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

DRUKIEM: Imię i nazwisko Studenta Miejscowość, data

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

Rok i semestr studiów

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

Nr albumu

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

Tryb studiów (stacjonarne/niestacjonarne)

Z-ca Dyrektora ds. Kształcenia

Dr Bożena Rożek

Instytut Matematyki

**PODANIE**

**o przedłużenie terminu realizacji praktyki**

Uprzejmie proszę o możliwość przedłużenia terminu realizacji ***praktyki zawodowej pedagogicznej z zakresu matematyki w szkole*** ……………………. do dnia ………… r.

Uzasadnienie:

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

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

 Podpis Studenta

**OPINIA KIEROWNIKA PRAKTYK PEDAGOGICZNYCH**

Popieram /nie poopieram\* podania/e o wcześniejsze rozpoczęcie praktyki. Uzasadnienie:

Student dostarczył/ nie dostarczył\* dokument(u) *Zgoda Szkoły* na przedłużoną realizację terminu praktyki do dnia…….... Z powodów formalnych i organizacyjnych praktyka może/nie może\* być realizowana w zaproponowanym terminie.

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

Miejscowość, data Podpis Kierownika Praktyki

# DECYZJA

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody\* na wydłużenie terminu realizacji praktyki do dnia………….

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

Miejscowość, data Podpis Z-cy Dyrektora ds. Kształcenia

\* niepotrzebne skreślić