

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

DRUKIEM: Imię i nazwisko Studenta Miejscowość, data

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

Nr albumu

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



Rok i semestr studiów

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



Kierunek studiów

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



Specjalność studiów

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

Tryb studiów (stacjonarne/niestacjonarne)

Dyrektor Instytutu Matematyki  
do Spraw Kształcenia

**PODANIE**

**(o zmianę terminu realizacji praktyki zawodowej)**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na realizację praktyki zawodowej pedagogicznej w szkole podstawowej/ponadpodstawowej\*z zakresu matematyki w terminie .........................…………  
w jednostce oświaty ………………………..............................................................................................

Uzasadnienie:

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………….

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

Podpis Studenta

**Opinia Kierownika Praktyk Pedagogicznych:** wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*

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

**Decyzja Dyrektora Instytutu do Spraw Kształcenia** wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*

Miejscowość, data Podpis Kierownika Praktyki

\* niepotrzebne skreślić