|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Zielona Góra, |  |  |
|  |  |  |  *(data)* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **WNIOSEK O WYCOFANIE Z CENTRALNEGO REJESTRU POROZUMIEŃ PRAKTYK**  |  |
| **SKIEROWANIA I POROZUMIENIA W SPRAWIE ORGANIZACJI PRAKTYK**  **NA STUDIACH PODYPLOMOWYCH**  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| W ramach skierowania i zawartego porozumienia w sprawie organizacji praktyk na studiach podyplomowych z dnia: |  |  |
|  | *(dzień-miesiąc-rok)* |  |
| bardzo proszę o wycofanie z Centralnego Rejestru Porozumień porozumienia i skierowania. |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dokumenty dotyczyły: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pana/Pani\*:** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **uczestnika:** |  |  |
|   |  | *(nr semestru studiów podyplomowych)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **o nazwie:** |  |  |
|  |  | *(pełna nazwa studiów podyplomowych)* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **prowadzonych na wydziale:**  |  |  |
|  |  | *(pełna nazwa wydziału)* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  **grupa:** |   | **nr albumu:** |   |  |  |
|  |  |  |  |
| **praktyka miała być realizowana w:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | *(pełna nazwa Instytucji)* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **adres Instytucji:**  |  |  |
|  |  | *(ulica)* |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | *(kod pocztowy)* |  | *(miejscowość)* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **w terminie od:** |  | **do:**  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **w wymiarze:** |  | **tygodni tj:** |  | **godzin.** |  |  |
|  |  | *(ilość tygodni)* |  | *(liczba godzin)* |  |  |  |
| **Obecnie praktyka będzie realizowana w:** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| *(pełna nazwa Instytucji)* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **adres Instytucji:**  |  |  |
|  |  | *(ulica)* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | *(kod pocztowy)* |  | *(miejscowość)* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **w terminie od:** |  | **do :** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **w wymiarze:** |  | **tygodni tj:** |  | **godzin.** |  |  |
|  |  | *(ilość tygodni)* |  | *(liczba godzin)* |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | ………………….………………… |  |
|  |  |  |  |  | *data i podpis* *Prorektora ds. Studenckich i Jakości*  *Kształcenia*  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adnotacje pracownika Działu Dokumentacji i Praktyk Studenckich (DDiPS): |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Numer w Centralnym Rejestrze Porozumień Praktyk: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | …………………….…………….. |  |
|  |  |  |  |  | *data i podpis pracownika DDiPS* |  |
| Akceptuję: |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  …………………….……………………….. |
| *data i czytelny podpis* *Kierownika studiów podyplomowych* |