

Łódź, dn.

.....
imię i nazwisko

Wydział Zarządzania UŁ

Kierunek:

Studia stacjonarne/niestacjonarne* I stopnia

.....
rok studiów

.....
nr albumu

DOTYCZY ZALICZENIA PRAKTYK POZA TERENEM ŁODZI

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na realizację praktyk zawodowych poza terenem Łodzi

W**
.....
.....
.....

.....
podpis Studenta/-ki

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody*.

Łódź, dn.

.....
podpis Opiekuna

* niewłaściwe skreślić

** podać nazwę oraz adres organizacji odbywania praktyk