**ZWOLNIENIE STUDENTA Z OBOWIĄZKU ODBYCIA PRAKTYKI STUDENCKIEJ**

**Dane studenta**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko studenta |  |
| Nr albumu |  |
| PESEL |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Telefon |  |
| e-mail |  |

**Dane Uczelni**

|  |  |
| --- | --- |
| Uczelnia | **Zachodniopomorska Szkoła Biznesu w Szczecinie** |
| Kierunek / tryb studiów | Ekonomia/ studia niestacjonarne |
| Specjalność |  |
| Rok studiów / semestr |  |

**Prośba studenta o zwolnienie z obowiązku odbycia praktyki studenckiej**

|  |
| --- |
| **Zwracam się z prośbą o zwolnienie mnie z obowiązku odbywania praktyki zawodowej, na podstawie Regulaminu odbywania praktyk studenckich przez studentów Zachodniopomorskiej Szkoły Biznesu.** Prośbę swą motywuję tym, że studiując jestem jednocześnie zatrudniony w firmie/instytucji ……………………………… ………………….……………........................................... na stanowisku ................................……………………………………… w firmie tej pracuję od ………….…………roku.W załączeniu przedkładam zaświadczenie z zakładu pracy o zatrudnieniu. ………………………..Podpis studenta |

**Decyzja Opiekuna praktyk studenckich**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Wyrażam zgodę na zaliczenie obowiązkowej praktyki zawodowej na podstawie przedstawionego zaświadczenia dokumentującego przebieg pracy zawodowej. |
|  | Nie wyrażam zgody na zwolnienie z obowiązku odbycia praktyki zawodowej. |

……………………………………………..

Data i podpis Opiekuna praktyk studenckich