

Wrocław, dnia

.....
(imię i nazwisko doktoranta)

.....
(dyscyplina)

.....
(przygotowanie doktoratu jest finansowane w ramach)

.....
(promotor)

.....
(rok akademicki)

.....
(wymiar praktyki zawodowej)

.....
(adres elektroniczny)

.....
(numer telefonu)

**PLAN PRAKTYK ZAWODOWYCH – DZIESIĘCIU GODZIN ZAJĘĆ
DYDAKTYCZNYCH, KTÓRE DOKTORANT REALIZUJE NA ZASADZIE
UCZESTNICZENIA W ICH PROWADZENIU
W ROKU AKADEMICKIM 20 / 20**

(w pierwszym roku kształcenia praktyki zawodowe doktorant odbywa w semestrze letnim)

Proszę o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie praktyk zawodowych na Wydziale

.....

	Nazwa kursu	Prowadzący kurs	Rodzaj kursu	Data udziału	Liczba godzin udziału
1					
2					
3					
4					
5					
	Razem				

Rodzaj kursu: wykład (W), seminarium (S), ćwiczenia audytoryjne (CA), ćwiczenia terenowe (CT), zajęcia laboratoryjne (ZL)

.....
(podpis Doktoranta)

.....
(podpis Promotora)

.....
(podpis Prowadzącego / podpisy Prowadzących zajęcia)

AKCEPTACJA DZIEKANA
SZKOŁY DOKTORSKIEJ

* niepotrzebne skreślić