

Wrocław, dnia

.....
(imię i nazwisko doktoranta)

.....
(dyscyplina)

.....
(promotor od drugiego semestru kształcenia)

.....
(rok akademicki)

.....
(wymiar praktyki zawodowej)

.....
(adres elektroniczny)

.....
(numer telefonu)

**ZGŁOSZENIE PROPOZYCJI DOKTORANTA SZKOŁY DOKTORSKIEJ W SPRAWIE
ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH ODBYWANYCH W RAMACH PRAKTYK ZAWODOWYCH
W ROKU AKADEMICKIM 20 / 20**

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

.....
1. na kierunku

na zajęciach

.....
(nazwa kursu)

.....
(semestr)

.....
(grupa zajęciowa - kod)

.....
(dzień, godziny zajęć)

na zasadzie: samodzielnego prowadzenia zajęć*/ uczestniczenia w prowadzeniu zajęć*.

.....
(imię i nazwisko głównego prowadzącego zajęcia)

.....
2. na kierunku

na zajęciach

.....
(nazwa kursu)

.....
(semestr)

.....
(grupa zajęciowa - kod)

.....
(dzień, godziny zajęć)

na zasadzie: samodzielnego prowadzenia zajęć*/ uczestniczenia w prowadzeniu zajęć*.

.....
(imię i nazwisko głównego prowadzącego zajęcia)

3. na kierunku

na zajęciach

(nazwa kursu)

(semestr)

.....
(grupa zajęciowa - kod)

(dzień, godziny zajęć)

na zasadzie: samodzielnego prowadzenia zajęć*/ uczestniczenia w prowadzeniu zajęć*.

.....
(imię i nazwisko głównego prowadzącego zajęcia)

4. na kierunku

na zajęciach

(nazwa kursu)

(semestr)

.....
(grupa zajęciowa - kod)

(dzień, godziny zajęć)

na zasadzie: samodzielnego prowadzenia zajęć*/ uczestniczenia w prowadzeniu zajęć*.

.....
(imię i nazwisko głównego prowadzącego zajęcia)

Godziny kontaktowe dla studentów w wymiarze jedna godzina zegarowa w każdym tygodniu prowadzenia zajęć będą prowadzić w dniu tygodnia
w godz.: w sali nr:

.....
(podpis Doktoranta)

.....
(podpis Promotora)

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

**AKCEPTACJA DZIEKANA
SZKOŁY DOKTORSKIEJ**