

Łódź dnia, .....

.....

(Imię i nazwisko)

.....

(Numer albumu)

.....

(Semestr nauki)

.....

(Rodzaj studiów)

**Rektor Wyższej Szkoły Kosmetyki  
i Nauk o Zdrowiu w Łodzi  
dr n. chem. Katarzyna Bujnicka**

### PODANIE O ZALICZENIE PRAKTYK ZAWODOWYCH

Informuję, że w okresie: od ..... do .....  
odbyłam(łem) praktyki zawodowe\* w: .....

(adres i nazwa podmiotu)

pracowałam(łem) / pracuję\* w: .....

(adres i nazwa podmiotu - pracodawcy)

jako .....

(wykonywane / zajmowane stanowisko)

Na dowód załączam kopię .....

nazwa dokumentu

Z uwagi na powyższe zgodnie z § 3 pkt 1 1-3 Regulaminu praktyk studenckich WSKiNoZ, uprzejmie proszę o zaliczenia przedmiotu „Praktyki zawodowe” w semestrze .....

.....  
(Podpis studenta)

### DECYZJA REKTORA

Praktyki zawodowe:

**ZALICZAM  
NIE ZALICZAM\***

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis Rektora)

Powód niezaliczenia praktyk: .....

\* - niepotrzebne skreślić