



Powiślańska Szkoła Wyższa  
ul. 11 Listopada 29: 82-500 Kwidzyn  
tel/fax (55) 261 31 39; tel. (55) 279 17 68  
[www.wsz.kwidzyn.edu.pl](http://www.wsz.kwidzyn.edu.pl)  
[dziekanat@psw.kwidzyn.edu.pl](mailto:dziekanat@psw.kwidzyn.edu.pl)

Kwidzyn, dnia .....

.....  
imię i nazwisko/ nr albumu

.....  
Kierunek/specjalność oraz aktualny semestr

.....  
Semestr, którego dotyczy wniosek

stacjonarne/niestacjonarne\*  
forma studiów

**Dziekan  
Wydziału Nauk o Zdrowiu  
PSW w Kwidzynie**

**WNIOSEK**

Zwracam się z prośbą o zwolnienie mnie z obowiązku odbycia praktyki podczas studiów w Powiślańskiej Szkole Wyższej w Kwidzynie, ze względu na:

zatrudnienie w (nazwa i adres zakładu pracy) .....

.....

.....

na stanowisku .....

Forma i czas trwania umowy.....

.....

Zaświadczam, że wyżej wymieniony jest pracownikiem zakładu.

.....  
Pieczęć i podpis osoby odpowiedzialnej  
w zakładzie pracy

.....  
Czytelny podpis studenta (-ki)

**DECYZJA DZIEKANA:**

Wyrażam zgodę na zwolnienie z pełnego wymiaru praktyki zawodowej.....

Wyrażam zgodę na zwolnienie z praktyki zawodowej w roku akademickim.....

Nie wyrażam zgody na zwolnienie z obowiązku odbycia praktyki zawodowej .....

**Do wniosku należy dołączyć wykonywany zakres obowiązków.**