*Załącznik nr 7 do Regulaminu praktyk zawodowych MSOŚ*

**Wniosek o uznanie innej aktywności za formę realizacji praktyki zawodowej**

Wrocław, dnia…………………………….

**Prodziekan ds. studenckich**

**Wydziału Nauk Biologicznych**

...........................................

Imię i nazwisko......................................................................................................  
Kierunek...............................................................................................................  
Rok studiów ...............................................................nr albumu.............................  
Tel. kontaktowy ....................................................................................................  
Adres e-mail .........................................................................................................  
Proszę o uznanie aktywności o charakterze: badawczym, eksperckim, projektowym, praktyki zawodowej na innym kierunku studiów, praktyki w ramach programu Erasmus + za formę realizacji praktyki zawodowej.  
Oświadczam, że ww. aktywność wykonuję w okresie:  
...........................................................................................................................  
(od dd-mm-rr do dd-mm-rr) lub (od dd-mm-rr – nadal)

w   
...........................................................................................................................  
(nazwa uczelni/instytucji badawczej)

*Załączniki:  
1) Szczegółowy zakres obowiązków i czynności wykonywanych w ramach aktywności o charakterze badawczym, eksperckim, projektowym, praktyki zawodowej na innym kierunku studiów, praktyki w ramach programu Erasmus + podpisany przez pracownika uczelni/instytucji badawczej.*

..................................................................  
Podpis studenta/ki

Opinia Uczelnianego Opiekuna praktyki dotycząca możliwości osiągnięcia we wskazanym  
miejscu ww. aktywności efektów uczenia się przypisanych do praktyki.  
............................................................................................................................  
............................................................................................................................  
............................................................................................................................

........................................................  
Podpis Uczelnianego Opiekuna praktyki

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody  
..................................................................  
Podpis Prodziekana ds. studenckich

Wydziału Nauk Biologicznych