.......................................................... Łódź, dnia .………………………

imię i nazwisko

Szkoła Doktorska Nauk Społecznych

Uniwersytetu Łódzkiego

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

rok studiów / nr albumu

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

adres do korespondencji, telefon

**Dyrektor**

**Szkoły Doktorskiej Nauk Społecznych**

**Uniwersytetu Łódzkiego**

**ZGŁOSZENIE REALIZACJI PRAKTYK ZAWODOWYCH W FORMIE UCZESTNICZENIA**

Zgłaszam odbywanie praktyk zawodowych **w formie uczestnictwa w** zajęciach w semestrze zimowym / letnim\* w rok akademickim 20 ………/20 ……...:

1. Rodzaj zajęć – nazwa przedmiotu …………………………………………………………………………………………….…..……

w wymiarze ……………………… godzin, na kierunku ………………………………………………………………....................

Nazwisko nauczyciela akademickiego prowadzącego zajęcia …………………………………………..…………………...

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

2. Rodzaj zajęć – nazwa przedmiotu ………………………………………………………………………………..…………………...

w wymiarze ……………………… godzin, na kierunku …………………………………………………………………………………..

Nazwisko nauczyciela akademickiego prowadzącego zajęcia …………………………………………..……………………

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

………………………….

podpis Doktoranta/ki

**OPINIA PROMOTORA**

*(Uzasadnienie odbywania praktyki zawodowej przez Doktoranta/kę w formie uczestnictwa w zajęciach)*

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

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

………………………………………………

podpis promotora

**DECYZJA DYREKTORA SZKOŁY DOKTORSKIEJ NAUK SPOŁECZNYCH UŁ**

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

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

Łódź, dnia............................ ....................................................................

 podpis Dyrektora SDNS

*\*niepotrzebne skreślić*