



UNIWERSYTET GDAŃSKI

Katedra Logopedii

ul. Wita Stwosza 58, 80-308 Gdańsk

T 58 523-23-63, F 58 523-23-64

Gdańsk, 20. 12. 2017 r.

Pan/Pani Dyrektor

.....

.....

(nazwa i adres placówki, pieczętka)

Katedra Logopedii Uniwersytetu Gdańskiego prosi o wyrażenie zgody na odbycie w Państwa Placówce praktyki logopedycznej studentki/studenta I roku logopedii (studia stacjonarne II stopnia).

.....

(imię i nazwisko studentki/studenta)

w terminie:

Wyrażam zgodę

.....

(podpis dyrektora)

Podpis

KIEROWNIK
Katedra Logopedii

prof. UG, dr hab. Stanisław Milewski