



Uniwersytet Gdański
Wydział Filologiczny
Instytut Logopedii
ul. Wita Stwosza 58
80-308 Gdańsk
T 58 523 23 63

Gdańsk, 10.10. 2023 r.

Pan/Pani Dyrektor

.....

.....

(nazwa i adres placówki, pieczętka)

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

.....

(imię i nazwisko studentki/ studenta)

w terminie

Wyrażam zgodę

Podpis

DYREKTOR
Instytutu Logopedii

Zenon Lica
dr hab. Zenon Lica, prof. UG

.....

(podpis dyrektora)