

.....
Imię i nazwisko promotora/ Supervisor's name and surname

Kraków,
Data/ Date

.....
Jednostka KISD/ KISD unit

.....
Adres e-mail, telefon/ E-mail address, telephone

.....
(Imię i nazwisko Zastępcy Dyrektora KISD w Jednostce/
Name of the Deputy Director of KISD in the Unit)

**Zastępca Dyrektora Krakowskiej Interdyscyplinarnej Szkoły Doktorskiej/
Deputy Director of the Krakow School of Interdisciplinary PhD Studies**

**Podanie o zaliczenie praktyk zawodowych/
Application for crediting the vocational training**

Dotyczy doktoranta/-tki/ Applies to a PhD student:
(Imię i nazwisko doktoranta/-tki/
name and surname of the doctoral student)

Proszę o zaliczenie aktywności:/I kindly request for inclusion the activity:

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

(forma aktywności zgodnie z Programem kształcenia KISD¹/ form of activity in accordance with the KISD Training program¹)

jako praktyk zawodowych wymaganych Programem kształcenia KISD w liczbie godzin:/ as a form of
vocational training required by the KISD Training program in number of hours:

Załączniki²/ Attachments²:

1.
2.

.....
podpis promotora
Signature of the supervisor

Zaliczam/ nie zaliczam* odbycie praktyk zawodowych.

I credit/ do not credit* the vocational training.

* Niepotrzebne skreślić/ delete as appropriate

.....
Data i podpis Zastępcy Dyrektora KISD/
Date and signature of KISD deputy director

¹ <https://kisd.ifj.edu.pl/wp-content/uploads/2019/09/program-ksztalcenia.pdf>/ <https://kisd.ifj.edu.pl/wp-content/uploads/2020/02/Training-Program.pdf>

² Należy załączyć dokumenty potwierdzające realizację danej aktywności i jej wymiar czasowy, (np. potwierdzenie prowadzenia zajęć dydaktycznych, opieki nad parkykanami, udziału w wydarzeniach popularyzatorskich, odbycia stażu itp.)/ Documents confirming the implementation of the activity and its duration should be attached (e.g. confirmation of conducting classes, caring for apprentices, participation in popularizing events, completing an internship, etc.)