UNIWERSYTET IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU
Wydział Filologii Polskiej i Klasycznej

POTWIERDZENIE ZALICZENIA PRAKTYKI ROK AKADEMICKI 20….. / 20…..

Nazwisko i imię studenta/ki ..... Nr albumu.....

LICENCJACKIE	MAGISTERSKIE	STACJONARNE	NIESTACJONARNE

Specjalność.....

Akademicki opiekun praktyki …….....

Miejsce odbycia praktyki ……

…….

…….....

.....

.....

.....

.....

……

……

……

……

Liczba godzin/tygodni praktyki obowiązkowej …….

Liczba godzin ponadwymiarowych ……

_____
PODPIS AKADEMICKIEGO OPIEKUNA PRAKTYK

_____
pieczęć i podpis pełnomocnika Dziekana ds. praktyk studenckich

ul. A. Fredry 10, Collegium Maius 61-701 Poznań
NIP 777 00 06 350 REGON 000001293
tel. +48 61 829 46 90, fax +48 61 829 46 90
www.amu.edu.pl