



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

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

LICENCJACKIE*	MAGISTERSKIE*	STACJONARNE*	NIESTACJONARNE*
---------------	---------------	--------------	-----------------

*niepotrzebne skreślić

Specjalność.....

Akademicki opiekun praktyki

Miejsce odbycia praktyki (nazwa i dokładny adres instytucji/zakładu pracy)

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

Liczba godzin praktyki obowiązkowej

PODPIS AKADEMICKIEGO OPIEKUNA PRAKTYK

pieczęć i podpis Pełnomocnika Dziekana ds. praktyk studenckich