**Wydział Filologii Polskiej i Klasycznej**

**Instytut Filologii Słowiańskiej**

**POTWIERDZENIE ZALICZENIA PRAKTYKI**

ROK AKADEMICKI 20…... / 20…...

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LICENCJACKIE  | MAGISTERSKIE  | STACJONARNE  | NIESTACJONARNE  |

Specjalność, specjalizacja ....................................................................................................................

Akademicki opiekun praktyki ………….…………………………………………………...................

Miejsce odbycia praktyki ……………………………………………..………………………………

………….……………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Liczba godzin/tygodni praktyki obowiązkowej …………………….

Liczba godzin ponadwymiarowych …………………………

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 PODPISAKADEMICKIEGO 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**

 Znak sprawy strona 1 z 1