



POTWIERDZENIE ZALICZENIA PRAKTYKI

ROK AKADEMICKI 202.... / 202....

Imię i nazwisko studentki/studenta

.....

Nr albumu.....

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

*właściwe podkreślić

Kierunek/Specjalizacja.....

.....

Akademicki opiekun praktyki.....

.....

Miejsce/a odbycia praktyki

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Liczba godzin praktyki obowiązkowej

.....
podpis akademickiego opiekuna praktyk

.....
pieczęć i podpis Pełnomocnika Dziekana ds. praktyk studenckich