



POTWIERDZENIE ZALICZENIA PRAKTYKI

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

Imię i nazwisko studentki/studenta .....

Nr albumu .....

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

\*Niepotrzebne skreślić.

Kierunek/Specjalność/Specializacja .....

Akademicki opiekun praktyki .....

Miejsce/a odbycia praktyki [Proszę wpisać pełne nazwy instytucji i dokładne adresy pocztowe.]

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Liczba godzin praktyki obowiązkowej .....

\_\_\_\_\_  
Podpis akademickiego opiekuna praktyk

\_\_\_\_\_  
Pieczęć i podpis Pełnomocnika Dziekana ds. praktyk studenckich