

DZIENNIK PRAKTYK STUDENCKICH

Wydział:

Kierunek:

.....
Imię i nazwisko studenta/ki

Numer albumu:

Studia stacjonarne / niestacjonarne

Rok akademicki:

Semestr studiów, z którego realizowane są praktyki

Nazwa i adres podmiotu, w którym odbywają się praktyki:

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

Termin praktyk:

Opiekun praktyk z ramienia podmiotu przyjmującego:

.....

Program praktyk: w załączeniu

Opis zadań wykonanych podczas praktyk (wypełnia student)

KARTA TYGODNIA

Tydzień od 20... r. do 20....r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć

.....
Nazwisko i imię studenta

.....
Data i podpis opiekuna praktyk

KARTA TYGODNIA

Tydzień od 20... r. do 20....r.			
Dzień	Godziny pracy od - do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć

.....

Nazwisko i imię studenta

.....

Data i podpis opiekuna praktyk

Potwierdzenie podmiotu przyjmującego

.....

Pieczętka zakładu pracy

.....

Data, pieczęć i podpis przedstawiciela podmiotu przyjmującego