

KARTA PRZEBIEGU PRAKTYK

Imię:

Nazwisko:

Zakład pracy:

Zakładowy opiekun praktyk:

L.p.	Data	Opis wykonywanych prac, powierzonych obowiązków i pełnionych funkcji	Podpis i pieczęć zakładowego opiekuna praktyk	Uwagi
1.				
2.				
3.				

4.				
5.				
6.				

7.				
8.				
9.				

10.				

Potwierdzam wykonanie wyżej wymienionych czynności.

.....
Podpis opiekuna praktyki ze strony zakładu pracy

Zaliczenie praktyki

.....
Miejscowość i data

.....
*Podpis Dziekana / Pełnomocnika Dziekana ds. praktyk zawodowych
studentów kierunku*