

Ramowy program obowiązkowych praktyk zawodowych

Nazwisko i imię studenta..... nr albumu

Kierunek studiów studia pierwszego/drugiego* stopnia

Wymiar praktyk: dni roboczych/godzin*

Cel i zadania praktyk:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
podpis studenta

.....
podpis opiekuna praktyk

.....
podpis pełnomocnika rektora
ds. praktyk zawodowych

* Niepotrzebne skreślić.