*Załącznik nr 11d do Zarządzenia nr 95/2020*

PRAKTYKA ŚRÓDROCZNA [po zakończeniu praktyki]

Dokładna nazwa praktyki wynikająca z programu studiów: ………………………………………………………………………………………………………...

Kierunkowy Opiekun Praktyk (tytuł, imię i nazwisko) ……….. ……………………………………………………………………………………………………

Kierunek, rok, rodzaj i typ studiów …………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Liczba godzin praktyki na grupę studentów | Nazwisko i imię studenta | Nr albumu | Termin praktyki | Nazwa i adres placówki(ulica, kod, miejscowość) | Imię i nazwisko opiekunaz placówki |
|  |   1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.10.11.12. |  1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.10.11.12. |  |  |  |