*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 opiekuna  z 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. |  |  |  |