

PLAN PRAKTYKI ZAWODOWEJ

DYREKCJA

STUDIA STACJONARNE rok.....sem.....

PRAKTYKA

..... godzin

.....

.....

W.....

ul.....

Student/ka.....

(imię i nazwisko)

będzie odbywał/a praktykę zawodową w następujących terminach:

data	godzina (od...do...)	data	godzina (od...do...)	data	godzina (od...do...)

Data

Podpis i pieczęć
Dyrektora
lub Kierownika Rehabilitacji

Oświadczam, że powyższy plan praktyki zawodowej nie koliduje z moimi zajęciami ustalonymi przez Dział Organizacji Studiów w zarządzeniu o organizację roku akademickiego.

Data

Podpis studenta