

.....
pieczęć placówki

POTWIERDZENIE ZREALIZOWANIA PRAKTYKI STUDENCKIEJ

Dotyczy studenta/studentki:

.....
imię i nazwisko

.....
data i miejsce urodzenia

.....
kierunek i rok studiów

.....
miejsce praktyki (nazwa i adres placówki)

.....
czas trwania praktyki (daty) / liczba godzin dydaktycznych

.....
data, podpis i pieczęć kierownika placówki