

.....
Imię i nazwisko

.....
Miejscowość i data

.....
Kierunek i rok studiów, rok

.....
Nr albumu

Miejsce odbywania praktyki	
Stanowisko i/lub dział	
Zakładowy opiekun praktyki*	
Termin odbywania praktyki	

Szczegółowy plan praktyki zawodowej

.....
podpis studenta

.....
podpis zakładowego opiekuna praktyki

* Lub inna osoba odpowiedzialna za realizację praktyki ze strony firmy/instytucji. Podać kontakt (telefon i/lub e-mail).