

ZAŚWIADCZENIE O ODBYCIU PRAKTYKI

Imię i nazwisko.....

studia stacjonarne/niestacjonarne*

kierunek studiów

numer albumu..... rok studiów.....

semestr.....

odbył(a) praktykę z.....

.....

w wymiarze.....

trwała w terminie oddo.....

.....
Pieczęć Placówki

.....
Pieczęć i podpis opiekuna praktyk

.....
Koordynator ds. Praktyk i Zajęć Klinicznych/
Uczelniany opiekun praktyk

Data zaliczenia praktyki.....

*niepotrzebne skreślić