

Instytut

Kierunek studiów:

Imię i nazwisko studenta/praktykanta:

Nr albumu.: rok akademicki: 20...../202... semestr studiów:

Miejsce realizacji praktyki (instytucja/firma):

.....

Termin realizacji praktyki: od 20.... r. do 202... r.

Zakładowy opiekun praktyki:

Uczelniany opiekun praktyki:

USZCZEGÓLOWIONY PROGRAM PRAKTYK ZAWODOWYCH

Lp.	Proponowane stanowisko pracy / przykładowe zadania zawodowe/prace realizowane przez praktykanta	Efekty uczenia się	Symbol efektu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Uzgodniono przed rozpoczęciem praktyki zawodowej studenta.

Zakładowy opiekun praktyki:
(czytelny podpis)

Uczelniany opiekun praktyki:
(czytelny podpis)

Praktykant:
(czytelny podpis)