*Załącznik nr 11a do Zarządzenia nr 95/2020*

PRAKTYKA CIĄGŁA [przed rozpoczęciem praktyki]

Dokładna nazwa praktyki wynikająca z programu studiów: ………………………………………………………………………………………………………...

Kierunkowy Opiekun Praktyk (tytuł, imię i nazwisko) ……….. ……………………………………………………………………………………………………

Kierunek, rok, rodzaj i typ studiów …………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię studenta | Numer albumu | Liczba godzin praktyki | Przewidywany termin praktyki | Miejsce praktyki  (nazwa i adres, kod pocztowy, miejscowość) | Imię i nazwisko opiekuna  z placówki |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |