

.....

.....

.....

.....
Imię i nazwisko przedstawiciela zakładu pracy/ adres e-mail, telefon

Numer albumu

Rodzaj praktyki	specjalność	stopień studiów /rok studiów/semestr
-----------------	-------------	--------------------------------------

e-mail, nr telefonu

Termin przewidziany na realizację praktyki
(na podstawie organizacji roku akademickiego)

Podpis studenta

Podpis przedstawiciela zakładu

* Niepotrzebne skreślić.

Przedstawiciel zakładu pracy/placówki podpisując potwierdzenie, zaświadcza jednocześnie, że w placówce istnieje możliwość uzyskania przez studenta wszystkich wymienionych w tabeli efektów uczenia się