……..……..……..
imię i nazwisko Studenta

Kierunek: ADMINISTRACJA I STOPNIA, rok studiów: ……..

……..
Nr albumu

Pieczątka Uczelni

Arkusz przebiegu praktyk zawodowych

Miejsce odbywania praktyki zawodowej:…….....
……..……..
……..……..
Termin odbywania praktyki zawodowej: ……..
Opiekun praktyki zawodowej: ……....

Lp.	Data	Godziny	Wyszczególnienie zajęć	Podpis opiekuna

Lp.	Data	Godziny	Wyszczególnienie zajęć	Podpis opiekuna

Opinia opiekuna praktyki zawodowej:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

……

/ Podpis opiekuna praktyki zawodowej /

Zaliczenie praktyki zawodowej przez Koordynatora ds. praktyk lub Koordynatora Kierunku:

……

/ Data i podpis Koordynatora ds. praktyk lub Koordynatora kierunku/

.