**KARTA ZALICZENIA**

**OBOWIĄZKOWYCH PRAKTYK ZAWODOWYCH**

Imię i nazwisko studenta odbywającego praktyki: ......................................................................

Nr albumu: ...................................................................................................................................

Rok studiów/ kierunek studiów/ poziom studiów/ forma studiów:

.......................................................................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejsce odbywania praktyk\* | Termin odbywania praktyk\*\* | Wymiar praktyk\*\*\* | Nazwisko pracownika firmy sprawującego opiekę nad praktykantem |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* nazwa instytucji i adres

\*\* proszę dokładnie określić termin

\*\*\* proszę podać liczbę godzin

Dokument sporządzono na podstawie:

- dziennika praktyk

- opinii pracownika firmy sprawującego opiekę nad praktykantem

- innych dokumentów (proszę wymienić)

…………………………..

……………………………………………

Data i podpis kierownika praktyk

Po zaliczeniu praktyk oryginał karty, wypełniony i podpisany przez kierownika praktyk, musi trafić do dziekanatu, gdzie zostaje dołączony do teczki studenta. Kopia karty pozostaje w archiwum kierownika praktyk.