

.....  
*imię i nazwisko studenta*

.....  
*numer albumu*

Kierunek studiów: .....

Poziom kształcenia: inżynierskie / magisterskie

Forma studiów: stacjonarne / niestacjonarne

### Szczegółowy program praktyk

1. tydzień	... ... ...
2. tydzień	... ... ...
3. tydzień	... ... ...
4. tydzień	... ... ...

.....  
*podpis kierownika Zakładu Pracy  
lub osoby upoważnionej*

.....  
*podpis Opiekuna studenckich  
praktyk zawodowych*