

.....  
*imię i nazwisko studenta*

.....  
*numer albumu*

Kierunek studiów: .....

Poziom kształcenia: inżynierskie / magisterskie\*

Forma studiów: stacjonarne / niestacjonarne\*

### SZCZEGÓŁOWY PROGRAM całego okresu praktyk

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

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

.....  
*podpis Opiekuna studenckich  
praktyk zawodowych (PŁ)*

\*niepotrzebne skreślić