

Załącznik 2
do Regulaminu praktyk zawodowych

Pieczętka uczelni

.....

Pieczętka szkoły

.....

**Arkusz ciągłej praktyki zawodowej
w roku akademickim**

Imię i nazwisko studenta

Kierunek

moduł specjalnościowy

Studia: stacjonarne/niestacjonarne*/ Rok studiów

Nazwa i adres placówki

.....

Lp.	Data	Rodzaj podejmowanych działań	Liczba godzin	Podpis opiekuna*

*Działania prowadzone na praktyce powinny być podpisane przez opiekuna z ramienia placówki.

Lp.	Data	Rodzaj podejmowanych działań	Liczba godzin	Podpis opiekuna*

*Zajęcia lub inne działania obserwowane lub prowadzone na praktyce powinny być podpisane przez opiekuna z ramienia placówki.