…………………………………………………….. ……………………….………...........................

pieczątka Zakładu pracy/placówki imię i nazwisko studenta, nr telefonu

**HARMONOGRAM PRAKTYK**

**(Uwaga: praktyki realizuje się w godzinach dydaktycznych)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data** | **Godziny pobytu** **w placówce od - do** | **Suma godzin dydaktycznych****( 45min)**  |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |
| 9. |  |  |  |
| 10. |  |  |  |
| 11. |  |  |  |
| 12. |  |  |  |
| 13. |  |  |  |
| 14. |  |  |  |
| 15. |  |  |  |
| 16. |  |  |  |
| 17. |  |  |  |
| 18. |  |  |  |
| 19. |  |  |  |
| 20. |  |  |  |
| 21. |  |  |  |
| 22. |  |  |  |
| 23. |  |  |  |
| 24. |  |  |  |
| 25. |  |  |  |

 ………………………..…………………………..

 czytelny podpis i numer telefonu opiekuna praktyk

Wprowadzono zmiany do harmonogramu praktyk:

1. ……………………………………………………………………….

 (data zmiany, czytelny podpis studenta)

1. ……………………………………………………………………….

 (data zmiany, czytelny podpis studenta)

1. ……………………………………………………………………….

 (data zmiany, czytelny podpis studenta)