

.....
pieczęć 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)

2.
(data zmiany, czytelny podpis studenta)

3.
(data zmiany, czytelny podpis studenta)