…………………. **Zał. 4 do Reg. 1**

*(nazwa uczelni)*

………………….

*(nazwa wydziału, instytutu)*

Kierunek studiów: *………………….*

Praktykant: *……………* Nr albumu.: *………..*  Rok akademicki: *201…/201…*

Miejsce praktyki *(instytucja/firma):*

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

Termin realizacji praktyki: od …...... 201…. r. do ……… 201… r.

Zakładowy opiekun praktyki: ……………………………………………….

Uczelniany opiekun praktyki: ……………………………………………….

**SZCZEGÓŁOWY HARMONOGRAM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Dział / komórka(miejsce realizacji praktyki) | Planowana liczba dni rozliczeniowych |
| 1 |  |  |
|  | Łącznie |  |
| Wymagana | 60 |

**PILOTAŻOWEJ PRAKTYKI ZAWODOWEJ**

Zakładowy opiekun praktyki: ………………………………………. Uzgodniono w dniu:………………….

 *(Czytelny Podpis)*

Uczelniany opiekun praktyki: ………………………………………. Praktykant: ………………………………………

 *(Czytelny Podpis) (Czytelny Podpis)*