

PLAN HOSPITACJI PRAKTYKI ZAWODOWEJ¹

Imię i nazwisko uczelnianego opiekuna praktyk zawodowych:

.....

Instytut:

.....

Kierunek studiów:

.....

Rodzaj hospitowanej instytucji (należy podać zgodnie z programem praktyk – „Miejsca odbywania praktyk”)	Termin hospitacji (należy podać semestr i rok akademicki)

.....
(podpis uczelnianego opiekuna praktyk)

ZATWIERDZAM / NIE ZATWIERDZAM*)

ZATWIERDZAM / NIE ZATWIERDZAM*)

.....
(podpis Uczelnianego koordynatora praktyk)

.....
(podpis Dyrektora Instytutu)

ZATWIERDZAM / NIE ZATWIERDZAM*)

.....
(podpis Prorektora ds. kształcenia)

Do wiadomości:
Biura Rektora ANSB
Biura Karier ANSB
Uczelnianego opiekuna praktyk zawodowych

*) niepotrzebne skreślić

¹ Zgodnie z §17 Regulaminu studenckich praktyk zawodowych ANSB