**PLAN HOSPITACJI PRAKTYKI ZAWODOWEJ[[1]](#footnote-1)**

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 [↑](#footnote-ref-1)