

## PLAN HOSPITACJI PRAKTYKI ZAWODOWEJ<sup>1</sup>

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

---

<sup>1</sup> Zgodnie z §17 Regulaminu studenckich praktyk zawodowych ANSB