

STUDIA PIERWSZEGO STOPNIA

Imię i nazwisko

Nr albumu

Wydział

Specjalność

Uwaga! Na podstawie tej karty Dziekan dokona zaliczenia praktyk zawodowych

POTWIERDZENIE UDZIAŁU W PRAKTYKACH ZAWODOWYCH (ZAKRES PRAKTYKI OKREŚLA DZIEKAN WYDZIAŁU)

<i>Lp</i>	<i>Data</i>	<i>Nazwa</i>	<i>Prowadzący</i>	<i>Podpis</i>

