

.....
Imię i nazwisko koordynatora
.....
Kontakt (telefon, adres e-mail)

.....
miejsowość, data

Wydział Sztuk Pięknych:
Kierunek studiów:
Forma studiów:
Poziom kształcenia:
Rok studiów: semestr:

Sprawozdanie z przebiegu programowych praktyk zawodowych w roku akademickim/.....

- 1. Rodzaj praktyki:
- 2. Liczba godzin praktyki:
- 3. Termin odbywania praktyki:
- 4. Termin zaliczenia praktyki (zgodnie z harmonogramem studiów):

Lp.	Nazwisko i imię studenta	Dokładna nazwa instytucji	Nazwisko i imię opiekuna w instytucji	Ocena	Uwagi