

.....
Pieczęć placówki

.....
miejsce i data

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadcza się, że Pan/Pani rok studiów
(Imię i nazwisko)

odbył/a praktykę w
(nazwa placówki , dokładny adres z kodem pocztowym)

.....,

w terminie od do

Ilość zaliczonych godzin:

Opiekun praktyki z ramienia placówki:
(Imię i nazwisko)

.....
podpis opiekuna

.....
podpis dyrektora