Załącznik nr 19

DZIENNIK PRAKTYK

Imię i nazwisko Praktykanta/ki: .....

Instytucja Przyjmująca na Praktykę: .....

Nazwa stanowiska Praktyki: .....

Okres trwania Praktyki i wymiar czasu pracy:.....

DATA	LICZBA GODZIN PRZEPRACOWANYCH W DANYM DNIU	ZAKRES ZADAŃ ZREALIZOWANYCH W CIĄGU TYGODNIA	PODPIS OPIEKUNA PRAKTYKI