



Załącznik nr 17

INDYWIDUALNY PROGRAM PRAKTYKI

Imię i nazwisko Praktykanta/ki:

Kierunek studiów:

Instytucja Przyjmująca na Praktykę

Nazwa stanowiska Praktyki:

Miejsce wykonywania Praktyki

Okres trwania Praktyki i wymiar czasu Praktyki:

Dane Opiekuna Praktyki (imię, nazwisko, numer kontaktowy, adres e-mail):

.....

Zakres zadań zawodowych wykonywanych przez Praktykanta/kę w czasie odbywania Praktyki:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Rodzaj wiedzy, kompetencji społecznych oraz umiejętności możliwych do nabycia w trakcie odbywania Praktyki zgodnych z efektami kształcenia dla ww. kierunku studiów:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Podpisy:

Praktykant/ka

Opiekun Praktyki

Instytucja Przyjmująca na Praktykę

Uczelnia/Koordinator Kierunku