



LISTA OBECNOŚCI

Imię i nazwisko Praktykanta/ki:

Institucja:

Okres trwania Praktyki:

Za okres:

Załącznik nr 18

Dzień miesiąca	Godziny odbywania Praktyki	Podpis Praktykanta/ki
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
Łączna ilość godzin w miesiącu:		

.....
Podpis Praktykanta/ki

.....
Podpis Opiekuna Praktyki

.....
Podpis i pieczęć Instytucji