



RAPORT KONTROLI PRAKTYKI ZAWODOWEJ

przeprowadzona osobiście/telefonicznie¹

w dniu

Dane studenta
Kierunek: Imię: Nazwisko:
Dane organizacji
Nazwa: Telefon: Adres: Imię i nazwisko opiekuna:

W dniu przeprowadzono kontrolę praktyki zawodowej i stwierdzono, że przebiega ona zgodnie/niezgodnie¹ z zatwierdzonym programem praktyk.

Uwagi pokontrolne:

- 1.
- 2.

.....

Data i podpis pełnomocnika dziekana ds. praktyk zawodowych/Opiekuna praktyk

[1] Niepotrzebne skreślić