**Dziennik Zaliczenia Praktyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok | | Nazwa i siedziba instytucji | Czas trwania praktyki | Zaliczenie praktyki  (podpis opiekuna kierunkowego studenckich praktyk zawodowych) |
| Akademicki | Studiów/Kierunek |
|  |  |
| Imię i nazwisko studenta | Nr albumu |  | Od..............................  Do.............................. |  |
|  |  |
| Oświadczam, że zapoznałam/-łem się z regulaminem praktyk zawodowych ciągłych  na Wydziale Studiów Międzynarodowych i Politologicznych Uniwersytetu Łódzkiego oraz z przepisami obowiązującymi w instytucji, w której realizuję praktykę  Miejsce, dzień:.............................................  Podpis studenta:............................................................................. | | | | |
| Oświadczam, że student zrealizował praktykę w wymiarze ....... godzin w okresie od ............... do............  Sugerowana ocena pracy studenta podczas odbytej praktyki.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  Miejsce, dzień:.............................................  Podpis opiekuna praktyk z ramienia instytucji i pieczątka instytucji: ......................................................... | | | | |