**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 praktykęMiejsce, 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: ......................................................... |