**……………………………………………….**

 **Imię i nazwisko studenta**

**TABELA REALIZACJI PRAKTYK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Data | Liczba godzin  | Opis podejmowanych zadań |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| Razem: |  |

……………………………………………………….. ………………………………………………………..

Podpis opiekuna praktyki z ramienia Podpis opiekuna praktyki z ramienia

 placówki przyjmującej WNHiS AMW