|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
| ……………………………. | |  | |  |  |  |  |  |
| *pieczęć wydziału* | |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
| **PROTOKÓŁ Z KONTROLI PRZEBIEGU PRAKTYKI** | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
| **Nazwa instytucji:** | |  | | | | | | |
|  |  | (pełna nazwa instytucji) | | | | | | |
| **Adres instytucji:** | |  | | | | | | |
|  |  | (ulica) | | | | | | |
|  |  |  | | |  |  | | |
|  |  | (kod pocztowy) | | |  | (miejscowość) | | |
| **Opiekun praktyk w instytucji:** | |  | |  | | | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | |  | | | | |
|  |  |  | | (imię i nazwisko studenta | | | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |
| **Stwierdza, że Pan/Pani\*** | | | |  | | | | |
|  |  | |  | (imię i nazwisko studenta | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
| **student/studentka \*:** | | |  | roku studiów stacjonarnych/niestacjonarnych\* | | | | |
|  |  | | *(rok studiów)* | pierwszego/drugiego stopnia/jednolitych magisterskich\* | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
| **na kierunku:** | | |  | | | | | |
|  |  | | *(pełna nazwa kierunku)* | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
| **specjalności:** | | |  | | | | | |
|  |  | | *(pełna nazwa specjalności)* | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
| **prowadzonych na wydziale:** | | |  | | | | | |
|  |  | | *(pełna nazwa wydziału)* | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  | **grupa:** | |  | | **nr albumu:** |  | |  |
|  |  | |  | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
| **odbył/odbyła praktykę w okresie od:** | | |  | | do |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| W trakcie przeprowadzonej kontroli przeprowadzono rozmowę z opiekunem praktyk  w Instytucji | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Wnioski z kontroli:** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|  | | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|  |  | |  |  | | |  |
|  |  | |  |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | ……………………………………. | | |  |
|  |  | |  | *data i podpis koordynatora praktyk* | | |  |

*\* niewłaściwe skreślić*