

Zastępczy Dzienniczek Praktyk

Imię i nazwisko studenta:.....

Numer albumu:.....

Specjalność:.....

Kierunek:.....

Wydział Matematyki i Informatyki UŁ

Wypełnić w zakładzie pracy

Nazwa i adres zakładu pracy	Okres praktyki (od ... do ...)	Potwierdzenie rozpoczęcia praktyk (podpis/pieczęć)	Data zakończenia praktyk (podpis/pieczęć)	Ilość przepracowanych godzin (podpis)

Wypełnia opiekun na Wydziale Matematyki i Informatyki:

Ilość godzin/tygodni:.....

Ocena:.....

Podpis:.....

Tygodniowy wykaz zajęć

Nazwa i adres zakładu pracy:.....

Data	Od do (godziny)	Ilość godzin	Czynności realizowane podczas praktyk

Podpis opiekuna w zakładzie pracy:

Tygodniowy wykaz zajęć

Nazwa i adres zakładu pracy:.....

Data	Od do (godziny)	Ilość godzin	Czynności realizowane podczas praktyk

Podpis opiekuna w zakładzie pracy:

Tygodniowy wykaz zajęć

Nazwa i adres zakładu pracy:.....

Data	Od do (godziny)	Ilość godzin	Czynności realizowane podczas praktyk

Podpis opiekuna w zakładzie pracy:

Tygodniowy wykaz zajęć

Nazwa i adres zakładu pracy:.....

Data	Od do (godziny)	Ilość godzin	Czynności realizowane podczas praktyk

Podpis opiekuna w zakładzie pracy:

Tygodniowy wykaz zajęć

Nazwa i adres zakładu pracy:.....

Data	Od do (godziny)	Ilość godzin	Czynności realizowane podczas praktyk

Podpis opiekuna w zakładzie pracy:

Tygodniowy wykaz zajęć

Nazwa i adres zakładu pracy:.....

Data	Od do (godziny)	Ilość godzin	Czynności realizowane podczas praktyk

Podpis opiekuna w zakładzie pracy:

Tygodniowy wykaz zajęć

Nazwa i adres zakładu pracy:.....

Data	Od do (godziny)	Ilość godzin	Czynności realizowane podczas praktyk

Podpis opiekuna w zakładzie pracy:

Tygodniowy wykaz zajęć

Nazwa i adres zakładu pracy:.....

Data	Od do (godziny)	Ilość godzin	Czynności realizowane podczas praktyk

Podpis opiekuna w zakładzie pracy:

Tygodniowy wykaz zajęć

Nazwa i adres zakładu pracy:.....

Data	Od do (godziny)	Ilość godzin	Czynności realizowane podczas praktyk

Podpis opiekuna w zakładzie pracy:

Tygodniowy wykaz zajęć

Nazwa i adres zakładu pracy:.....

Data	Od do (godziny)	Ilość godzin	Czynności realizowane podczas praktyk

Podpis opiekuna w zakładzie pracy:

Tygodniowy wykaz zajęć

Nazwa i adres zakładu pracy:.....

Data	Od do (godziny)	Ilość godzin	Czynności realizowane podczas praktyk

Podpis opiekuna w zakładzie pracy:

Uwagi końcowe opiekuna w zakładzie pracy:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi końcowe studenta:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....