***KARTA PRAKTYK***

***Potwierdzam odbycie praktyk przez kandydata***

……………………………………………………………………………..

/imię i nazwisko/

w …………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

/nazwa placówki/

wg poniższego harmonogramu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Data*** | ***Ilość godzin*** | ***Podpis opiekuna*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Razem |  |  |