

**LISTA**  
**Studentów realizujących praktykę zawodową**

Rok akademicki .....

Placówka oraz oddział.....

.....  
Nazwisko i imię Mentora

.....  
Przedmiot

L.p.	Nazwisko i imię studentki/ta	Kierunek, rok studiów, forma (stacjonarne, niestacjonarne)	Liczba godzin zrealizowanych przez studenta
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

.....  
podpis Oddziałowej lub Kierownika jednostki

.....  
podpis Mentora

Potwierdzam realizację .....

Koordinator ds. praktyk PUM WNoZ