



.....
imię i nazwisko studenta/studentki

.....
miejsowość, data

Wydział w Świnoujściu

.....
kierunek – specjalność

.....
nr albumu

Potwierdzenie realizacji aktywności dodatkowej

Potwierdza się, że student/ka.....
(imię i nazwisko)

Uczestniczył/a /organizował/a/ opracował/a*.....

.....
(nazwa aktywności)

.....
(nazwa instytucji, adres)

w wymiarze
(liczba godzin)

w terminie
(od....do..., dzień, miesiąc, rok)

.....
(czytelnie imię i nazwisko osoby potwierdzającej aktywność)

.....
(pełniona funkcja/ prowadzony przedmiot)*

Potwierdzam realizację aktywności dodatkowej w wymiarze godzin

.....
(podpis opiekuna praktyk)

*(niepotrzebne skreślić)