.............................................................................. .................................

imię i nazwisko studenta/studentki miejscowość, 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)