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

imię i nazwisko studenta/ studentki miejscowość, data

…………………………………………………...................

wydział

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

kierunek – specjalność

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

nr albumu

# Potwierdzenie realizacji aktywności uzupełniającej

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 uzupełniającej w wymiarze ……. godzin

 …………………………………….

 (podpis opiekuna praktyk)

……………………………………………………………………………………………………………………...

\*(niepotrzebne skreślić)