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

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)