



KARTA REALIZACJI MODUŁU AKTYWNOŚCI PRAKTYCZNYCH

Studia II stopnia

Dane studenta

Imię i nazwisko studenta/studentki	
Nr albumu	
Wydział, kierunek, specjalność	
Tryb studiów	
Rok / semestr studiów	

PRAKTYKA ZAWODOWA

Dane organizatora praktyk

Potwierdzenie odbycia praktyki zawodowej (wypełnia opiekun praktyki z ramienia firmy/institucji)	
Nazwa i adres firmy/institucji	
Okres trwania praktyki	
Opis stanowiska pracy	
Uwagi	
Podpis organizatora praktyk i pieczęć firmy/institucji	



Ramowy program praktyki – wykaz zadań i czynności

-
-
-
-
-
-
-
-

Zadania o charakterze projektowym (temat projektu):

-
-
-
-

Uwagi:

.....
.....

....., dnia.....
(miejscowość)

.....
(podpis przedstawiciela zakładu pracy)

Semestr 4	Zaliczam/nie zaliczam* praktykę zawodową w wymiarze 12 punktów ECTS (360 godzin)	Data i podpis Dziekana/Opiekuna praktyki ZPSB
------------------	--	--

.....
*niepotrzebne skreślić



Zachodniopomorska
Szkoła Biznesu
w Szczecinie