ZAŁĄCZNIK 2

…………………………………. ………………………….. dnia ……………………….

 /pieczęć Uczelni/ /uzupełnia Dziekanat/

znak:

**SKIEROWANIE**

**do odbycia studenckiej praktyki zawodowej**

w okresie ………………………………………… do……………………………………………..

Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM ul. Michałowskiego 12, 31-126 Kraków

kieruje studenta/studentkę ………………………………..………………………………………………………………..

 /imię i nazwisko /

kierunku …………………………………………………………………………………………….…………, ………………roku
 /kierunek, forma, stopień/

w celu odbycia praktyki zawodowej z przedmiotu ………………………….…………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 /pełna nazwa praktyki/

Czas trwania praktyki ………… godz.

Opiekunem praktyki studenckiej z ramienia instytucji przyjmującej

jest Pan/Pani …………………………………………………………………………………………………………………………,

 /imię i nazwisko, telefon kontaktowy/

który/a potwierdza w dzienniczku praktyki zrealizowane przez studenta efekty kształcenia

określone w sylabusie.

Opiekunem praktyki studenckiej z ramienia uczelni

jest Pan/Pani…………………………………………………………………………………………………………………………

 /imię i nazwisko, telefon kontaktowy/

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

 /podpis opiekuna praktyk z ramienia Uczelni/ /podpis opiekuna zakładowego praktyk
 z ramienia instytucji przyjmującej studenta/

 ………………………………………………….

 /podpis Dziekana/

Załącznik:

Sylabus praktyki zawodowej