Zał. nr 6 do Regulaminu praktyk zawodowych PCz

(ZARZĄDZENIE Nr 531/2024 Rektora PCz)



**Protokół z kontroli praktyki**

Nazwa wydziału: [wybierz element]

Forma i stopień studiów: [wybierz element]

Profil: [wybierz element]

Kierunek:

Rok akademicki: [wybierz element]

Osoba kontrolująca: ……………………………………....

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko studenta/studentki | Data kontroli | Nazwa i adres zakładu pracy | Uwagi |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |