**PROGRAM PRAKTYKI**

**A. Dane Praktykanta i Praktykodawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko praktykanta |  |
| Nazwa praktykodawcy |  |
| Przewidywane miejsce realizacji praktyki |  |
| Imię i nazwisko oraz stanowiska przewidywanego opiekuna praktyki |  |

**B. Informacje Praktyce**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Przewidywany termin realizacji praktyki | od: |  |
| do: |  |
| Łączna przewidziana liczba zegarowych godzin praktyki |  | |
| Przewidywany zakres czynności wykonywanych przez praktykanta w czasie trwania praktyki |  | |

……………………………………………

(podpis praktykanta)

……………………………………………

(imię i nazwisko oraz podpis uprawnionego przedstawiciela praktykodawcy)

ZATWIERZDAM/NIE ZATWIERDZAM PROGRAM PRAKTYK

………………………………………………………….

(data oraz podpis pełnomocnika ds. praktyk WIL PW)