**

 *Załącznik nr 4 do Regulaminu praktyk studenckich PANS w Krośnie*

**Wykaz studentów odbywających praktyki**

**Kierunek studiów**:……..………………………………………..………………………..……

**Forma studiów**: ……….………………………………….……………………………….……

**Nazwa i rodzaj praktyki:** ……………………………….……………………………….…..….

**Liczba godzin/tygodni realizowanej praktyki**: ………………………………………..…...…

**Opiekun praktyki studenckiej**: …………………….……………………………………..……

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko studenta** | **Nazwa instytucji przyjmującej na praktyki, telefon kontaktowy** | **Imię i nazwisko opiekuna praktyk wyznaczonego przez instytucję** | **Termin rozpoczęcia i zakończenia praktyki** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 *……………………………………………*

 *(podpis opiekuna praktyk studenckich)*