



UMK
WNoZiGP

UNIwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Wydział Nauk o Ziemi i Gospodarki Przestrzennej

Kierunek studiów

Specjalność

DZIENNIK PRAKTYK

Imię i Nazwisko

Numer Albumu

Podpis studenta

[illegible]

Nazwa zakładu pracy

KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od _____ 20__ r. do _____ 20__ r.

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć

Podpis i pieczęćka opiekuna praktyk

Nazwa zakładu pracy

KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od _____ 20__ r. do _____ 20__ r.

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć

Podpis i pieczęć opiekuna praktyk

Nazwa zakładu pracy

KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od _____ 20__ r. do _____ 20__ r.

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć

Podpis i pieczęć opiekuna praktyk

Nazwa zakładu pracy

KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od _____ 20__ r. do _____ 20__ r.

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć

Podpis i pieczęć opiekuna praktyk

Nazwa zakładu pracy

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć
-------	-----------------------------	---------------------------	------------------------

--	--	--	--

Podpis i pieczęćka opiekuna praktyk

Podpis i pieczęć opiekuna praktyk

Nazwa zakładu pracy

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć
-------	-----------------------------	---------------------------	------------------------

--	--	--	--

Podpis i pieczęć opiekuna praktyk

Podpis i pieczęć opiekuna praktyk

Nazwa zakładu pracy

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć
-------	-----------------------------	---------------------------	------------------------

--	--	--	--

Podpis i pieczęć opiekuna praktyk

Podpis i pieczęć opiekuna praktyk

Nazwa zakładu pracy	
---------------------	--

Tydzień od _____ 20__r. do _____ 20__r.

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć

Nazwa zakładu pracy

KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od _____ 20__ r. do _____ 20__ r.

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć

Podpis i pieczęć opiekuna praktyk

Nazwa zakładu pracy

KARTA TYGODNIOWA

Tydzień od _____ 20__ r. do _____ 20__ r.

Dzień	Godziny pracy od – do	Liczba godzin pracy	Wyszczególnienie zajęć

Podpis i pieczęć opiekuna praktyk

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]