INDYWIDUALNA KARTA PRAKTYK

**Praktyka grupowa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię | Nazwisko  | Nr Indeksu / nr grupy |
|  |  |  |
| Kierunek studiów | Specjalność  | Forma studiów  |
|  |  | stacjonarne | niestacjonarne |
|  |  |
| Adres Zameldowania  | Miejscowość  | Poczta | Kod Pocztowy  |
|  |  |  |  |
| Adres Mail |  | Nr Tel |  |
| Data rozpoczęcia praktyki grupowej - zajęcia terenowe  |  | Data zakończenia |  |
| Podpis Pełnomocnika Dziekana ds. Praktyk  |  | Data  |  |

……………………………………… **WYDZIAŁ NAUK O BEZPIECZEŃSTWIE** ……………………………………………

(Nazwa kierującej jednostki organizacyjnej)

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

Data Pieczątka

|  |
| --- |
| **PRAKTYKA - ZAJĘCIA TERENOWE** |
| **NR** | **MIEJSCE PRAKTYKI** | **PIECZĘĆ LUB NAZWA, ADRES** | **ILOŚĆ GODZ.** | **DATA** | **PODPIS OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ-UPOWAŻNIONEJ** |
| 1. | JEDNOSTKA WOJSKOWAJEDNOSTKA WOJSK SPECJALNYCH |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 2. | 11 BRYGADA OBRONY TERYTORIALNEJ |  |  |  |  |
| 3. | KOMENDA POLICJIWYDZIAŁ OIN |  |  |  |  |
| 4. | SZKOŁA ŚREDNIA |  |  |  |  |
| 5. | ZAKŁĄD PRODUKCYJNY |  |  |  |  |
| 6. | AGENCJA DETEKTYWISTYCZNA |  |  |  |  |
| 7. | INSTYTUCJA MIEJSKA - MCZK |  |  |  |  |
| 8. | STRAŻ POŻARNA |  |  |  |  |
| 9. | KLUB SPORTOWY „WAWEL” |  |  |  |  |
| 10. | SŁUŻBY SPECJALNE |  |  |  |  |
| ZALICZENIE PRAKTYK TERENOWYCHPODPIS PEŁNOMOCNIKADZIEKANA DS. PRAKTYK |  |