PROGRAM PRAKTYKI **PRZEDDYPLOMOWEJ**

z dnia

Imię Nazwisko:

Numer albumu:

Kierunek studiów: **Lotnictwo i Kosmonautyka**

Studia:

Stopień:

Profil dyplomowania / specjalność:

Semestr:

Rok akademicki:

Przedsiębiorstwo przyjmujące: **(tutaj podać nazwę i adres firmy)**

Dane przedstawiciela przedsiębiorstwa wraz z służbowym numerem telefonu lub/i

adresem mailowym: **Imię Nazwisko, tel. 1234567899, Imię.Nazwisko@adres.email.com**

Miejsce praktyki:

Ramy czasowe praktyki: **(data rozpoczęcia - data zakończenia w formacie: 01.07.2020 - 30.07.2020)**

Wymiar czasu: **(np. 8 godzin dziennie / 5 dni w tygodniu - łącznie 40 godzin)**

Zakres planowanych działań z udziałem studenta:

* **Przedstawić w punktach planowane do realizacji zadania z wymiarem czasowym**

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis studenta:……………………………………... | Poświadczenie przedstawiciela przedsiębiorstwa - podpis opiekuna:……………………………………... |