

.....  
pieczęć placówki

**OPINIA**  
**o realizacji praktyki zawodowej słuchacza studiów**  
**podyplomowych AKP**

- 1. Imię i nazwisko słuchacza .....
- 2. Kierunek studiów podyplomowych .....
- 3. Numer albumu .....
- 4. Termin realizacji praktyki .....
- 5. Adres placówki .....
- 6. Imię i nazwisko opiekuna praktyki .....

**Charakterystyka słuchacza realizującego praktykę**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ocena praktyki    pozytywna / negatywna\***  
\*niepotrzebne proszę skreślić

.....  
podpis opiekuna praktyk

.....  
podpis i pieczętka dyrektora