



**AKADEMIA KUJAWSKO-POMORSKA**  
**CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO**  
**I USTAWICZNEGO**

85-023 Bydgoszcz, ul. Toruńska 55-57 tel./fax +48 52 339-30-27 www.kpsw.edu.pl  
podyplomowe@akp.bydgoszcz.pl

miejsowość, data

.....  
Kierunek Studiów Podyplomowych

.....  
Obowiązująca liczba godzin praktyki zawodowej

**ZAŚWIADCZENIE**

(dla osób pracujących w instytucjach z obszaru kształcenia)

Pan/i .....

Jest/był/a zatrudniony/a w .....

od dnia ..... na stanowisku .....

Potwierdzam, że w ramach wypełnianych obowiązków służbowych wnioskodawca realizuje /realizował/a zadania spójne z treściami założeń organizacyjno – merytorycznych praktyki zawodowej przewidzianej do realizacji na Studiach Podyplomowych na kierunku kształcenia .....

.....

(pieczęć i podpis osoby upoważnionej)