

Kraków, .....

.....  
(imię/imiona, nazwisko doktoranta)

Nr albumu.....

Rok studiów.....

Dyscyplina naukowa .....

## KARTA PRZEBIEGU PRAKTYKI DOKTORANTA

Data	Nazwa przedmiotu	Forma zajęć	Forma uczestnictwa w zajęciach	Ilość godzin	Podpis Wykładowcy

.....  
(data i podpis doktoranta)

### **Akceptacja Opiekuna naukowego**

Wyrażam zgodę – TAK / NIE\*

.....  
(data i podpis opiekuna naukowego)

.....  
(data i podpis prowadzącego zajęcia)

### **Akceptacja Kierownika Studiów Doktoranckich**

Wyrażam zgodę – TAK / NIE\*

.....  
(data, pieczęć i podpis Kierownika Studiów Doktoranckich)

\*) niepotrzebne skreślić