



PRACOWNIA PRAKTYK I OBOZÓW

tel. 71/ 347-33-06
e-mail: katedra.kzs@awf.wroc.pl

.....
(miejscowość, data)

.....
(nazwa instytucji/firmy)

W

ZAŚWIADCZENIE O ODBYCIU PRAKTYKI SPECJALISTYCZNEJ

Niniejszym potwierdzam, że student(ka) nr indeksu.....
studiów II-go stopnia na kierunku SPORT o specjalności **Biznes w sporcie**
odbył(a) specjalistyczną praktykę zawodową
w wymiarze godzin w terminie od do
obejmującą cele i zadania określone w porozumieniu oraz wywiązał(a) się ze wszystkich
obowiązków w ramach realizacji praktyki.

.....
(pieczęć)

.....
(data i podpis dyrektora instytucji/Prezesa)