**KARTA PRAKTYK ZAWODOWYCH**

**STUDENTA**

**kierunku…………………………………………………………..**

Imię i nazwisko studenta:

nr albumu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Forma odbywanych praktyk** (nazwa roli w teatrze, teatrze TV, filmie, asystentura, rola w dubbing itp.) | **Nazwa organizatora praktyk** (nazwa teatru, producenta filmowego lub TV, studia dubbingowego itp.) | **Wymiar praktyk** (ilość dni lub godzin) | **Data praktyki** (zgodna z załącznikiem) | **Potwierdzam odbycie przez studenta praktyki zawodowej zgodnego z załącznikiem nr.** ( podpis pełnomocnika ds. praktyk zawodowych i numer załącznika) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Na podstawie złożonej dokumentacji potwierdzam odbycie przez studenta praktyk zawodowych w wymiarze przewidzianym/przekraczającym wymagania dla programu kształcenia wg standardów dla kierunku aktorstwo.

Data………………………. Pełnomocnik ds. praktyk studenckich

dr hab. Olga Sawicka, prof. uczelni