

.....  
*imię i nazwisko ucznia*

.....  
*klasa, szkoła*

## Harmonogram praktyki zawodowej realizowanej w

.....  
*nazwa firmy*

.....  
*adres firmy / miejsce realizacji praktyki*

.....  
*w okresie od - do*

Lp.	Data	Czas/godziny praktyki	Uwagi dodatkowe
1		07:00 – 13:00	Rozpoczęcie praktyki w CKZ w Nowym Sączu. Zasady realizacji praktyki poza CKZ. Regulamin praktyki. Wymagania edukacyjne i zasady oceniania
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

16			
17			
18			
19			
20			Weryfikacja efektów uczenia się. Egzamin końcowy. Zakończenie praktyki zawodowej w CKZ.

.....  
*Data i podpis ucznia*

.....  
*Data i podpis Opiekuna praktyk z ramienia firmy*