Załącznik nr 10

*WZÓR*

.................................................................... .....................................................................

(nazwa jednostki) (miejscowość i data wydania zaświadczenia)

**ZAŚWIADCZENIE O UKOŃCZENIU PRAKTYKI**

Zaświadcza się, że Pan/i .................................................................................................................................................

(imię/imiona i nazwisko)

................................... .................................................

(data urodzenia) (miejsce urodzenia)

Odbyła w dniach ……………………............................. praktykę w zakresie………………………………… ..............................................................................................................................................................................

Osoba odpowiedzialna za nadzór nad praktyką

………………………………………………….

( imię i nazwisko )

..................................................................

(pieczęć i podpis kierownika jednostki)