**Załącznik nr 12**

**do procedury kwalifikowania**

**KARTA PRAKTYK**

**REALIZOWANYCH W RAMACH SZKOLENIA DLA KANDYDATÓW**

**NA RODZINY ZASTĘPCZE**

Imię i nazwisko kandydata: ……………………………………………………………………..

Opiekun praktyk: ………………………………………………………………………………..

Miejsce praktyk: .………………………………………………………………………………..

Termin praktyk: …………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data i godz. (od … do …)** | **Zakres poznawanych zagadnień, obowiązków i wykonywanych czynności** | **Podpis opiekuna** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Łączna liczba godzin** |  |  |