

ЗАТВЕРДЖУЮ
Директор Інституту (Центру)

Львівського державного
університету внутрішніх справ

(підпис) _____ (ім'я та прізвище)
_____ 20____ р.

**Графік
захисту практики**

здобувачів вищої освіти _____ курсу денної (заочної) форми навчання Інституту _____ (Центру післядипломної освіти, заочного та
дистанційного навчання), факультету №_____, року набору 20____,
термін навчання із 20____ р. до 20____ р.
освітній ступінь_____ спеціальність _____ назва ОПП _____

№ з/п	Назва практики	Група	Дата та час захисту практики, номер аудиторії	Дата та час захисту практики за талоном № 2, номер аудиторії	Науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ім'я членів комісії	Дата та час захисту практики за талоном К, номер аудиторії	Науковий ступінь, вчене звання, прізвище та ім'я членів комісії, які приймають захист практики за талоном К
1.							
2.							

Начальник
навчального відділу Інституту* _____

(підпис)

(ім'я, прізвище)

ПОГОДЖЕНО**
Декан факультету № _____

(підпис)

(ім'я, прізвище)

Примітка *Для заочної форми навчання зазначається посада працівника Центру післядипломної освіти, заочного та дистанційного навчання, який склав графік.
**Для ІПФПНП підписує декан факультету.