

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри

(назва)

(прізвище та ініціали)

« ____ » _____ 20 ____ р.

Індивідуальний план проходження асистентської практики
у період з « ____ » _____ 20 ____ року по 20 ____ року

№	Заплановані заходи	Термін виконання	Відмітка керівника асистентської практики про виконання

Здобувач вищої освіти
ступеня доктора філософії

(підпис)

(ім'я та прізвище)

Керівник асистентської
практики

(підпис)

(ім'я та прізвище)