



# Akademia Sztuk Teatralnych

im. St. Wyspiańskiego  
w Krakowie

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_

## Z A Ś W I A D C Z E N I E O UDZIALE W POZAUCELNIANEJ AKTYWNOŚCI ARTYSTYCZNEJ

Imię i nazwisko studentki/ta \_\_\_\_\_  
Wydział \_\_\_\_\_  
Miejsce realizacji \_\_\_\_\_  
Rodzaj aktywności \_\_\_\_\_  
Okres realizacji/ Data premiery \_\_\_\_\_  
Tytuł \_\_\_\_\_  
Reżyserka/reżyser \_\_\_\_\_

Akceptacja dziekana odnośnie udziału w aktywności: \_\_\_\_\_

Opinia reżyserki/ra lub osoby kierującej instytucją odnośnie wiedzy, kompetencji i umiejętności studentki/ta wynikających z realizacji przez nią/niego programu studiów

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Imię i nazwisko oraz pełniona funkcja: \_\_\_\_\_

ul. Straszewskiego 21-22, 31-109 Kraków  
tel. 12 422 18 55, faks 12 422 02 09  
kancelaria@ast.krakow.pl

Podpis: \_\_\_\_\_