

Wykaz imienny praktyk zawodowych

zrealizowanych przez opiekuna

imię i nazwisko opiekuna

w roku akademickim w Oddziale/Dziale Szpitala

Praktyki zawodowe dotyczą studentów studiów:

stacjonarnych / niestacjonarnych / I stopnia / II stopnia / Pielęgniarstwo / Dietetyki

/Fizjoterapia

Praktyka zawodowa w zakresie

Lp.	Imię i nazwisko studenta	Termin realizacji od do.....	Łączny wymiar godzin

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Opiekuna Praktyk Zawodowych

.....
Czytelny podpis Koordynatora Praktyk Zawodowych