**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 / jednolitych magisterskich / Pielęgniarstwa / Dietetyki / Fizjoterapii

**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