**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