

## LISTA OBECNOŚCI LABORATORIA / LABORATORIA CSM\*

CYKL KSZTAŁCENIA:.....ROK AKADEMICKI: .....SEMESTR:.....

KIERUNEK: PIELĘGNIARSTWO; POZIOM STUDIÓW:.....; FORMA STUDIÓW:.....; GRUPA:.....

PRZEDMIOT:.....

OSOBA PROWADZĄCA:.....

Lp.	Data													Podpis studenta po zapoznaniu się z Regulaminem prowadzenia przedmiotów na kierunku Pielęgniarstwo	Ocena Końcowa
		Nazwisko i imię													
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															

\* właściwe podkreślić

.....  
Podpis osoby prowadzącej zajęcia