

## LISTA OBECNOŚCI PRAKTYKA ZAWODOWA

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

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

PRZEDMIOT:.....

MIEJSCE REALIZACJI ZAJĘĆ: .....

OSOBA PROWADZĄCA:.....

Lp.	Data Nazwisko i imię													Podpis studenta po zapoznaniu się z Regulaminem programowych praktyk zawodowych	Ocena Końcowa
1.															
2.															
3.															
4.															
5.															
6.															
7.															
8.															
9.															

.....  
Podpis osoby prowadzącej zajęcia