

Uniwersytet Rzeszowski
Wydział Medyczny Collegium Medicum

Kierunek: LEKARSKI – studia jednolite magisterskie, stacjonarne/niestacjonarne

(PROSIMY O UZUPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI)

Rok akademicki:

Semestr (numer semestru):

Imię i nazwisko:

Numer albumu:

Numer grupy klinicznej :

KARTA ZALICZEŃ ĆWICZEŃ KLINICZNYCH Z PRZEDMIOTU.....

L.P.	MIEJSCE REALIZACJI ZAJĘĆ (PIECZĄTKA ODZIAŁU/KLINIKI)	OBECNOŚĆ I OCENA NA ZAJĘCIACH <i>podpis osoby odpowiedzialnej</i>
1.		
2.		
3.		
4.		

5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
ZALICZENIE SEMSTRALNE Z OCENĄ <i>podpis osoby odpowiedzialnej</i>		